

Klient:in der Suchtberatung?!

Beeinflussende Faktoren der (Nicht-) Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau



Quelle: erstellt mit KI, Image Creator von Microsoft Bing

Klient:in der Suchtberatung?!

Beeinflussende Faktoren der (Nicht-) Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau

Verfasserin: Fabienne Winteler

Studienbeginn: HS 2020

Studium: Master in Sozialer Arbeit Bern | Luzern | St. Gallen

Fachbegleitung: Dr. Maida Mustafić

Abgabedatum: 07. August 2023

Abstract

Bei Sucht und risikoreichem (Konsum-) Verhalten wird oftmals keine oder erst spät Unterstützung in Anspruch genommen, was in Anbetracht der daraus resultierenden, negativen Folgen prekär ist. Die Perspektive Thurgau, welche im gesamten Kanton Suchtberatung anbietet, interessiert sich für beeinflussende Faktoren der (Nicht-) Inanspruchnahme ihres Suchtberatungsangebots. Die Master-Thesis hat zum Ziel herauszufinden, wie das Angebot für potenzielle Klientinnen und Klienten (noch) attraktiver gestaltet werden kann, um somit den Zugang zu Unterstützungsleistungen zu verbessern. Um die Sichtweise potenzieller Klientinnen und Klienten zu erfassen, wurden sechs leitfadengestützte Interviews geführt, welche mit der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass das soziale Umfeld, Komorbiditäten und die Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote sowohl hinderlich als auch förderlich im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung sein können. Als förderliche Faktoren wurden professionelle Drittpersonen, eine positive Nutzenerwartung, ein hoher Leidensdruck und lebenseinschneidende Risikowahrnehmung durch das Verhalten sowie das Vorhandensein von Gründen und Motivation für eine Verhaltensveränderung identifiziert. Hindernisse zeigen sich in Unwissen über das Angebot, Sucht, risikoreichem Konsum und Komorbiditäten, in der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Sucht, in Selbststigmatisierung sowie in den Folgen von Sucht. Aus den beeinflussenden Faktoren wurden sechs Handlungsempfehlungen abgeleitet. Bei deren Umsetzung ist auf eine Entstigmatisierung von Sucht zu achten und die gesamte Thurgauer Bevölkerung als Zielgruppe zu verstehen. Weiter ist die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und Unterstützungsangeboten zentral.

Vorwort

Sucht, nach wie vor ein Tabu und mit Vorurteilen behaftet. Ein Thema, über das nicht gerne gesprochen wird. Umso grösser ist meine Dankbarkeit für die Personen, welche mir ihr Vertrauen und ihre Zeit geschenkt haben und sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Herzlichen Dank für eure / Ihre Offenheit und berührenden Geschichten, welche diese Arbeit ermöglichten und zu den vielfältigen Ergebnissen führten.

Im letzten Monat meiner dreijährigen Anstellung als Suchtberaterin in der Perspektive Thurgau fragte ich meinen Vorgesetzten Urs Horisberger, ob es ein Thema gibt, dem ich für ihn in meiner Master-Thesis nachgehen könnte. Er bejahte. Der Grundstein dieser Master-Thesis war gelegt.

Vielen Dank, Perspektive Thurgau, für den spannenden Auftrag, die wertschätzende Zusammenarbeit und den Glauben in meine Arbeit. Herzlichen Dank an meinen Mann und meine Freundinnen für ihr Verständnis, dass ich während dieser Zeit, in welcher ich intensiv mit der Master-Thesis beschäftigt war, weniger Zeit für sie hatte und ich danke für ihre stete moralische Unterstützung. Ich danke meiner Fachbegleitung, welche mir Mut machte, auf dem richtigen Weg zu sein und mir bei Bedarf immer schnell wertvolle Inputs gab. Und ich danke allen Personen, welche ich aus meiner Zeit als Suchtberaterin kenne und mich bei der Suche nach Interviewteilnehmenden unterstützten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	iii
Vorwort	iv
Abbildungsverzeichnis	vii
Tabellenverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	vii
Begriffsverwendung	viii
1. Einleitung	1
1.1. Aufbau der Arbeit.....	2
2. Sucht: Grundlagen und Diskurs	3
2.1. Annäherung an Sucht	3
2.1.1. Medizinische Perspektive: Sucht im ICD-11.....	3
2.1.2. Herausforderungen der Diagnosestellung.....	4
2.1.3. Sozialwissenschaftliche Perspektive: normierende Zuschreibung.....	5
2.1.4. Sozialarbeiterische Perspektive: Sucht in Relation zur Umwelt.....	6
2.1.5. Psychologische Perspektive: Erklärungsansätze gesundheits-bezogener Verhaltensänderung	7
2.1.6. Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen.....	9
2.2. Prävalenz und Folgen.....	9
2.3. Behandlung von Sucht.....	11
3. Die Suchtberatung der Perspektive Thurgau	13
3.1. Die Organisation.....	13
3.2. Die Suchtberatung.....	14
3.3. Klientinnen und Klienten	16
3.4. Wissensstand zum Angebot in Bezug auf seine Niederschwelligkeit	22
4. Forschungsstand zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Erkrankungen	25
4.1. Vier-Schritte-Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Krankheiten.....	25

4.2.	Personen- und angebotsbezogene Hindernisse bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Alkoholabhängigkeit	26
5.	Forschungsfrage	30
5.1.	Zwischenfazit und Herleitung der Fragestellung	30
5.2.	Fragestellung.....	32
5.3.	Forschungsziel	33
6.	Methodisches Vorgehen	34
6.1.	Qualitative Forschung.....	34
6.2.	Feldzugang und Sampling	35
6.3.	Leitfadengestützte Interviews	37
6.4.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	40
6.5.	Reflexion des methodischen Vorgehens.....	41
7.	Darstellung der Ergebnisse	44
7.1.	Ergebnisse aus den Interviews	44
7.1.1.	Förderliche Faktoren.....	44
7.1.2.	Hinderliche Faktoren.....	54
7.1.3.	Angebotsbezogene Faktoren.....	63
7.2.	Diskussion der Ergebnisse	69
7.2.1.	Zusammenfassung und Diskussion	69
7.2.2.	Bezugnahme zur Theorie und zum Forschungsstand.....	76
8.	Schlussfolgerungen	80
8.1.	Handlungsempfehlungen	80
8.2.	Limitationen	82
8.3.	Fazit und Ausblick.....	83
9.	Literaturverzeichnis.....	86
10.	Anhangsverzeichnis.....	92
11.	Anhang.....	93
12.	Eigenständigkeitserklärung für schriftliche Arbeiten	98

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Health Action Process Approach</i>	8
<i>Abbildung 2: Aufbau des Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau</i>	13
<i>Abbildung 3: Standorte der verschiedenen Fachstellen der Perspektive Thurgau</i>	15
<i>Abbildung 4: Fallzahlen Suchtberatung der Perspektive Thurgau, 2017 – 2022</i>	17
<i>Abbildung 5: Erstkontaktaufnahme mit der Suchtberatung</i>	18
<i>Abbildung 6: Empfehlung für Inanspruchnahme der Suchtberatung</i>	19
<i>Abbildung 7: Wie wurde die Person auf die Suchtberatung aufmerksam</i>	19
<i>Abbildung 8: (Haupt-) Grund für die Kontaktaufnahme</i>	20
<i>Abbildung 9: Alle Kontaktaufnahmegründe</i>	21
<i>Abbildung 10: Meist genannte weitere Kontaktaufnahmegründe bei Mehrfachnennungen</i>	22
<i>Abbildung 11: Vier-Schritte-Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung</i>	27

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Kategoriensystem förderliche Faktoren</i>	45
<i>Tabelle 2: Kategoriensystem hinderliche Faktoren</i>	54
<i>Tabelle 3: Angebotsbezogene förderliche und hinderliche Faktoren</i>	63
<i>Tabelle 4: Beeinflussende Faktoren der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung</i> ...	70
<i>Tabelle 5: Angebotsbezogene förderliche Faktoren und Verbesserungsmöglichkeiten</i>	74

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BfArM	Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte
EKSN	Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
EPD	externe Psychiatrischen Dienste
f*	folgende
ff*	fortfolgende
geg.*	gegenüber
HAPA	Health Action Process Approach
I*	Interview
ICD	International Classification of Diseases
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

MonAM	Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten
MI	Motivational Interviewing
NA	Narcotics Anonymous
NADA	National Acupuncture Detoxification Association
PE*	Problemerkennung
prof.*	professionelle(r)
SB*	Suchtberatung
soz.*	soziale(s)
StVA	Strassenverkehrsamt
U.*	Unterstützung
WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization
Z*	Zeile

*Aufgrund Platzmangels in Kapitel 7 verwendete Abkürzungen

Begriffsverwendung

Die Weltgesundheitsorganisation [WHO] verwendet im internationalen Klassifizierungssystem für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme ICD-11 den Begriff *Abhängigkeit* (BfArM, 2023). Das Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2023b) wiederum spricht von **Sucht**. Der Begriff kommt vom mittel- und althochdeutschen *Suht*, was Krankheit bedeutet (Duden, 2023). Die beiden Begriffe *Sucht* und *Abhängigkeit* sind Synonyme (Duden, 2023). Aufgrund der Tatsache, dass in der Schweiz offiziell von *Sucht* gesprochen wird und sich die vorliegende Master-Thesis mit dem Angebot der *Suchtberatung* beschäftigt, wird in der Arbeit der Begriff *Sucht* verwendet.

In der Literatur werden verschiedene Begrifflichkeiten für einen **risikoreichen** Konsum gebraucht (u.a. schädlich, riskant, problematisch, missbräuchlich). Die vorliegende Master-Thesis orientiert sich an der Begriffsnutzung neuester Studien zum Thema Sucht und offizieller Webseiten (u.a. nutzt das Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten [MonAM]) das Wort *risikoreich*).

1. Einleitung

Einleitend wird der Hintergrund und das Zustandekommen der vorliegenden Master-Thesis erläutert und das Erkenntnisinteresse vorgestellt.

Die Schweizer Politik hatte als Reaktion auf das vor allem in den neunziger Jahren vorherrschende, öffentliche Drogenproblem das Vier-Säulen-Prinzip eingeführt. Das Vier-Säulen-Prinzip ist im Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe, genannt Betäubungsmittelgesetz [BetmG], verankert und regelt die Arbeitsteilung ihrer Massnahmen (Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadensminderung und Überlebenshilfe, Kontrolle und Repression) zwischen Bund und Kantonen (Schaub, 2013). In Art. 3d, Abs. 1 des BetmG werden die Kantone mit der Bereitstellung von Betreuung und Behandlung von «Personen mit suchtbedingten Störungen» beauftragt. Im Kanton Thurgau ist der *Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau* für die Bereitstellung der Suchtberatung verantwortlich (Perspektive Thurgau, 2021a). Die Perspektive Thurgau bietet die Dienstleistung auf sechs Fachstellen verteilt im Kanton an. Urs Horisberger, Bereichsleiter der Suchtberatung¹, ist Auftraggeber der vorliegenden Master-Thesis.

An Vernetzungstreffen der Suchtberatung mit anderen sozialen Einrichtungen und Behörden berichteten Fachpersonen, dass einige ihrer Klientinnen und Klienten die Suchtberatung der Perspektive Thurgau nicht gerne aufsuchten, auch wenn aus Sicht der Fachpersonen ein Bedarf bestünde (U. Horisberger, E-Mail, 2022, 15. Juni). Entsprechend gibt es Personen, welche trotz - zumindest aus professioneller Sichtweise - vorliegendem Bedarf an der Unterstützung der Suchtberatung das Angebot nicht in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, dass die Fallzahlen der Suchtberatung im Jahr 2022 im Vergleich zu den Vorjahren tiefer liegen (U. Horisberger, persönliche Mitteilung, 2022, 12. September). Daraus ergibt sich für Horisberger zwar kein akuter Handlungsbedarf, jedoch möchte die Perspektive Thurgau Entwicklungen im Umfeld wahrnehmen und aktiv darauf reagieren (U. Horisberger, persönliche Mitteilung, 2022, 12. September).

Aus den genannten beiden Gründen ist es Urs Horisberger ein Anliegen zu verstehen, wie Personen zu Klientinnen und Klienten der Suchtberatung werden und was sie davon abhält, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Das Ziel der vorliegenden Master-Thesis ist es, anhand der gewonnenen Erkenntnisse das Suchtberatungsangebot für potenzielle Klientinnen und Klienten attraktiver zu gestalten, um diese besser zu erreichen (U. Horisberger, E-Mail, 2022, 15. Juni).

¹ vom 01.01.2022 bis am 30.06.2023

Bereits im Jahr 2019 wurden Analysen zum Suchtberatungsangebot der Perspektive Thurgau durchgeführt. Im Rahmen eines Praxisprojektes der Fachhochschule Ost untersuchten Studierende, wie das Suchtberatungsangebot der Perspektive Thurgau niederschwelliger gestaltet werden kann. Dies wiederum mit dem Ziel, die Erreichbarkeit potenzieller Klientinnen und Klienten zu steigern. Im Rahmen dieser Projektarbeit wurden Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Organisationen im Kanton Thurgau interviewt, welche in ihrem beruflichen Alltag mit dem Thema Sucht in Berührung kommen (Brem et al., 2019). Aus den Interviewdaten sowie einer Recherche zu Best-Practice Beispielen, wurden Ausbau- und Handlungsoptionen abgeleitet (Brem et al., 2019). Die Master-Thesis soll nun in Ergänzung zum Praxisprojekt *Niederschwelligkeit* einen Beitrag zur Angebotsentwicklung leisten, indem direkt bei potenziellen Klientinnen und Klienten nachgefragt wird (U. Horisberger, persönliche Mitteilung, 2022, 12. September). Mit dem Einbezug der Adressatinnen- und Adressatenperspektive lässt sich hier eine Wissenslücke schliessen.

1.1. Aufbau der Arbeit

Der erste Teil der Arbeit stellt das für die Untersuchung notwendige Wissen zur Verfügung und zieht sich über die Kapitel 2 – 4. Als Erstes wird Sucht definiert und aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Weiter werden auf die Prävalenz, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten von Sucht eingegangen. Im Kapitel 3 wird die Auftraggeberin, die Perspektive Thurgau, vorgestellt sowie der bisherige Wissensstand zum Thema erläutert. Das Kapitel 4 rundet den ersten Teil der Arbeit mit Erkenntnissen aus der Forschung zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote ab. Der Inhalt dieses Kapitels stellt für die nachfolgende qualitative Forschung grundlegendes Wissen zur Verfügung. Anschliessend wird in Kapitel 5 das bisherige gewonnene Wissen zusammengefasst, ein Fazit gezogen und die Fragestellung sowie das Ziel der Arbeit definiert. Weiter folgt in Kapitel 6 die Erläuterung des methodischen Vorgehens der qualitativen Untersuchung. Der letzte Teil der Arbeit stellt die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse dar (Kapitel 7) sowie eine Schlussfolgerung mit konkreten Handlungsempfehlungen für die Praxis (Kapitel 8).

2. Sucht: Grundlagen und Diskurs

Die vorliegende Arbeit dreht sich um die Inanspruchnahme der Suchtberatung, weshalb es als Erstes *Sucht* zu definieren gilt. Im Folgenden wird Sucht aus der Perspektive verschiedener Disziplinen beschrieben. Schlussendlich wird ein im interdisziplinären Kontext vorherrschendes Modell von Sucht vorgestellt: Die Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen. Diesem Verständnis von Sucht bedient sich diese Master-Thesis, wie auch die Auftraggeberin Perspektive Thurgau. Das Kapitel dient dazu, ein gemeinsames Verständnis von Sucht als Grundlage für diese Arbeit herzustellen und gleichzeitig auf stattfindende Diskurse der verschiedenen Disziplinen im Suchtbereich hinzuweisen. Weiter wird auf die Prävalenz und Folgen von Sucht eingegangen sowie auf die Behandlungsmöglichkeiten, was die Relevanz des Themas betont.

2.1. Annäherung an Sucht

Fachleute aus verschiedenen Disziplinen wie der Medizin, der Sozialwissenschaft, Psychologie und der Sozialen Arbeit beschäftigen sich mit Sucht, wobei oftmals interdisziplinär zusammengearbeitet wird. Seit 2019 handelt es sich bei Sucht auch in der Schweiz rechtlich um eine Krankheit (Bundesgericht, 2019). Nichtsdestotrotz greift das medizinische Verständnis von Sucht für die Sozialwissenschaft und die Soziale Arbeit zu wenig weit, weshalb in den nachfolgenden Kapiteln neben dem medizinischen Verständnis ergänzend weitere Perspektiven auf Sucht aufgegriffen und erläutert werden. Im BAG und im interdisziplinären Kontext wird Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen verstanden. Die Erläuterung dieses Verständnisses rundet dieses Kapitel ab.

2.1.1. Medizinische Perspektive: Sucht im ICD-11

Die Diagnose Sucht ist im *International Classification of Diseases* [ICD] der Weltgesundheitsorganisation [WHO] als *Abhängigkeit* oder *Abhängigkeitssyndrom* aufgeführt. Die offizielle deutsche Version der neuesten, elften Version dieses international anerkannten Klassifizierungssystem für Krankheiten wird vom Deutschen Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] zur Verfügung gestellt. Das Kapitel 6 des ICD beinhaltet «Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen», in welchem auch *Abhängigkeit* unter «Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte» zu finden ist (BfArM, 2023). Anschliessend folgt eine Unterteilung nach Substanz oder Verhalten (z.B. Störungen durch Alkohol, Cannabis, Kokain, pathologisches Spielen etc.).

Folgende Merkmale müssen gemäss dem ICD-11 für eine Diagnostizierung einer Abhängigkeitserkrankung vorliegen:

- Es besteht ein starker Wunsch oder ein Drang des Substanzkonsums oder des Verhaltens
- Schwierigkeit, die Kontrolle darüber zu erlangen
- Konsum oder Verhalten besteht trotz schädlicher Folgen weiter
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung
- Entzugssymptome (körperliche und psychisch) bei der Reduktion oder bei Absetzen des Konsums oder der Verhaltensweise
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen zugunsten des Substanzkonsums oder der Verhaltensweise

Für eine Diagnose *Abhängigkeit* müssen sich die Merkmale über mindestens zwölf Monate zeigen. Eine Diagnosestellung ist bei ausgeprägten Symptomen auch nach einer kürzeren Zeitdauer möglich. Ein Substanzkonsum wird als *schädlichen Gebrauch* bezeichnet, wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung führt, was sich in körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen zeigen kann (BfArM, 2023).

Die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2018)² der Schweiz spricht anstelle eines *schädlichen* von einem *risikoreichen* Konsum und hat hierfür genaue Richtwerte. Ein risikoarmer Alkoholkonsum entspricht bei einem gesunden, erwachsenen Mann einem Konsum von nicht mehr als zwei Gläsern Alkohol pro Tag, bei einer Frau bei nicht mehr als einem Glas Alkohol pro Tag. Unter einem Glas wird eine Stange Bier, ein Glas Wein oder ein Gläschen Schnaps verstanden, welche in der Regel zwischen zehn und zwölf Gramm reinen Alkohol enthalten. Innerhalb einer Woche sollen zudem alkoholfreie Tage eingehalten werden (Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen, 2018). Bei anderen, illegalen Substanzen liegen keine solche Richtwerte vor.

Die 11. überarbeitete Version der International Classification of Diseases, die ICD-11, trat am 1. Januar 2022 in Kraft. In der 11. überarbeiteten Version sind neu die Computerspielstörung und die Glücksspielstörung aufgenommen (Infodrog, 2022). Nach einer Übergangsfrist von mindestens fünf Jahren wird die Kodierung der Krankheiten ausschliesslich nach ICD-11 erfolgen (BfArM, 2023).

2.1.2. Herausforderungen der Diagnosestellung

Klein und Schmidt (2022) reflektieren in ihrem Buch über Alkoholabhängigkeit, welches von einer systemischen Behandlung von Alkoholabhängigkeit handelt, über die Diagnosestellung von Sucht. Sie machen darauf aufmerksam, dass es schwierig ist, das Vorhandensein der Merkmale von aussen zu attestieren, da die Symptome der ICD für den

² Diese wurde seit 01.01.2020 durch die Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten [EKSN] ersetzt, welche den Bundesrat und die Bundesverwaltung zu diesen Themen berät (Bundesamt für Gesundheit, 2023a)

Diagnosesteller nicht sichtbar sind und erst rekonstruiert werden müssen (S. 17 - 18). Neben Patientenangaben empfiehlt das ICD für eine Diagnose auf möglichst viele unterschiedliche Informationsquellen zurückzugreifen wie Blutwerte, klinische Merkmale und fremdanamnestiche Angaben. Klein und Schmidt (2022) argumentieren, dass eine Diagnose stets eine subjektive Wirklichkeitskonstruktion – und keine objektive Gegebenheit – darstellt, welche stets neu verhandelt werden kann (S.14). Daraus geht hervor, dass die Diagnosestellung stark von der betroffenen Person, deren Anerkennung der Sucht sowie ihrem sozialen Umfeld abhängig ist.

2.1.3. Sozialwissenschaftliche Perspektive: normierende Zuschreibung

Auch Schmidt-Semisch & Dollinger (2018) haben Schwierigkeiten damit, Sucht als etwas objektiv Vorhandenes anzuerkennen. Sie gehen einen Schritt weiter, indem sie nicht nur das individuelle Zustandekommen einer Diagnose *Sucht* betrachten, sondern das gesellschaftliche Zustandekommen des Konzeptes Sucht. Sie betrachten Sucht aus sozialwissenschaftlicher Perspektive und weisen auf ihre historische und kulturelle Wandelbarkeit und auf machtspezifische und normierende Aspekte hin (S. 35).

Neben dem Konsum von Alkohol wurde im Verlaufe des 20. Jahrhunderts der Begriff *Sucht* auf den Konsum von immer mehr (vor allem illegalen) Substanzen ausgeweitet. Im Übergang ins 21. Jahrhundert kamen zusätzlich laufend substanzungebundene Süchte hinzu wie die Glücksspielsucht, Internetsucht etc. Seit spätestens den 1960er Jahren hat gemäss Schmidt-Semisch & Dollinger (2018) diese Ausweitung auf immer mehr Verhaltensweisen und Substanzen dazu geführt, dass Sucht ein allgemein vertrautes Konzept ist, auf das gerne zurückgegriffen wird. Es wird dazu gebraucht, um Handlungsformen zu typisieren und dient somit der «Hervorbringung von Wirklichkeit». Diese Wirklichkeit, als Sucht definiert, wird von Fachleuten, Politikern und Experten legitimiert, was dazu führt, dass es für den Einzelnen auch Sinn macht, Sucht zu beobachten oder zu erleben (S. 36).

«Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist Sucht (..) immer ein Produkt interpersoneller Kommunikation und soziokultureller Entwicklungen sowie das Resultat von Macht-konstellationen» (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018, S. 37). Dies sei einerseits beim Diskurs über eine allgemein anerkannte Definition von Sucht der Fall, andererseits auch bei der individuellen Diagnosestellung und der subjektiven Beurteilung des eigenen Handelns. Wer die Definitionsmacht besitzt, entscheidet nicht nur über Sucht und Nicht-Sucht, sondern über die Normalität und Erwünschtheit von Verhaltensweisen und somit über deren Legitimität. Schmidt-Semisch & Dollinger (2018) merken an, dass Suchtdiskurse darüber entscheiden, wie ein richtiges, legitimes Leben auszusehen hat (S. 38).

Zusammengefasst machen Schmidt-Semisch & Dollinger darauf aufmerksam, dass Sucht aus sozialwissenschaftlicher Perspektive im Kontext der Gesellschaft und Kultur auch als machtvolle Zuschreibung von unerwünschten Verhaltensweisen verstanden werden kann. Sie weisen darauf hin, dass ein Konsum oder ein Verhalten erst in kommunikativen Prozessen im Kontext einer Gesellschaft und Kultur als Sucht *gedeutet*, beziehungsweise *interpretiert* werden muss und weisen somit auf deren «Konstruktion» hin. Die Deutungsmächtigen sowie in der Gesellschaft bestehende Normen und Vorstellungen über konforme Verhaltensweisen spielen dabei eine bedeutende Rolle.

2.1.4. Sozialarbeiterische Perspektive: Sucht in Relation zur Umwelt

Aus sozialarbeiterischer Sicht gelangen aufgrund des Auftrages der Sozialen Arbeit, soziale Probleme zu bearbeiten und Inklusion zu fördern, die Menschen in den Fokus, die mit Sucht in Verbindung stehen: Suchtbetroffene Personen sowie deren Umfeld. Ein im Berufskodex der Sozialen Arbeit verankerter Grundwert der Profession ist es, Personen zu ermächtigen, mit dem Ziel, ihr Wohlbefinden zu steigern. Die Soziale Arbeit agiert zudem an den Stellen, an denen Personen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken (AvenirSocial, 2010, S. 9). Aus dieser Position heraus stellt sich die Frage, welche Definition von Sucht für die Soziale Arbeit hilfreich ist, um suchtbetroffene Personen und deren Umfeld in ihrer Ermächtigung und bei der Stärkung eines selbstbestimmten Lebens bestmöglich zu unterstützen.

Die alltagstheoretische und rechtliche Anerkennung von Sucht als Krankheit (in der Schweiz 2019), bringt suchtbetroffenen Personen Entlastung und Vorteile: Suchtbetroffene haben dadurch einen verbesserten Status vor Sozialversicherungen, wenn sie heute zum Beispiel rechtlich die Möglichkeit haben, eine Invaliditätsrente zu erhalten. Zudem fördert die Anerkennung von Sucht als Krankheit die Entstigmatisierung von Sucht, da sie entsprechend kein «moralisches Versagen» darstellt. Zudem bringt dieses Verständnis eher die Möglichkeit mit sich, Solidargemeinschaften zu Unterstützung zu verpflichten (Hug, 2022, S. 20–21). Nichtsdestotrotz verweist Hug (2022) darauf, dass die Soziale Arbeit Sucht in erster Linie nicht als biologische Krankheit versteht (S. 21). Auch für Quensel (2010) und Barsch (2022) reicht das medizinische Suchtverständnis nach Diagnoseschemata für die Soziale Arbeit nicht. Die beiden kritisieren die Fokussierung auf Substanzen, da der Konsum somit isoliert und ohne jeglichen Bezug zur Lebensrealität von Konsumierenden betrachtet wird. Als «verhängnisvollsten Effekt der Substanzfixierung» nennt Barsch (2022), dass Konsumierenden «jegliche Gestaltungsmöglichkeiten und Chancen für Selbstbestimmung beim Drogenkonsum abgesprochen werden. Folgerichtig muss der/die Einzelne auch keine Verantwortung für seinen/ihren Umgang mit diesen Substanzen übernehmen» (S. 16). Betroffene können so in eine Opferrolle geraten, aus welcher sie nur mithilfe medizinischer Interventionen herauszukommen glauben. Die Soziale Arbeit

hingegen zielt gemäss Barsch eine Selbstermächtigung und eine Mündigkeit im Umgang mit Substanzen an und verpflichtet sich dem Empowerment und der Emanzipation. Um hilfreiche Unterstützung gestalten zu können, werde daher ein komplexeres und systemisches Selbstverständnis von Sucht benötigt. Ein solches muss gemäss Barsch «die Relationen und Wechselwirkungen des Substanzkonsums mit den gelebten sozialen Beziehungen und Lebenstätigkeiten» klären (Barsch, 2022, S. 17).

Aus sozialarbeiterischer Sicht ist eine Sucht eine Krankheit, jedoch nicht nur. Sie ist nicht lediglich als biologisches Problem zu fassen, sondern immer im Kontext und im Austausch mit der Lebenswelt der suchtbetroffenen Person. Sucht wird in der Sozialen Arbeit in erster Linie als – teilweise selbstschädigende – Lebensbewältigung verstanden sowie als bio-psycho-soziales Geschehen (Hug, 2022, S. 21). Wobei die Zuständigkeit wie auch der Fokus der Sozialen Arbeit in den sozialen Aspekten liegt.

Das Verständnis von Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen ist heute im interprofessionellen Kontext das am breitesten akzeptierte (Berthel, 2021). Dieses wird in Kapitel 2.1.6 erläutert.

2.1.5. Psychologische Perspektive: Erklärungsansätze gesundheitsbezogener Verhaltensänderung

Sucht wurde bisher aus der biologischen (medizinischen) und sozialen Perspektive beleuchtet, nicht jedoch aus der psychologischen. Veltrup (2020) schreibt dem Bereich *Psycho* des bio-psycho-sozialen Modells eine verbindende und vermittelnde Position zwischen den biologischen und sozialen Faktoren zu. Die Psychologie bedient sich dem medizinischen Suchtverständnis und bietet psychotherapeutische Interventionen zur Bewältigung der Suchtkrankheit an (S. 59). Zudem stellt die Psychologie Erklärungsansätze zu (gesundheitsbezogenem) Verhalten und Verhaltensänderung zur Verfügung, deren Theorien und Modelle neben innerpsychischen auch soziale und physikalische (Umwelt-) Einflüsse mit einbeziehen (Finne et al., 2021). Da die Inanspruchnahme der Suchtberatung, von welcher die Master-Thesis handelt, eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung darstellt, wird an dieser Stelle ein solches Modell aus der Gesundheitspsychologie vorgestellt.

Es gibt zwei Arten von psychologischen Modellen über das Gesundheitsverhalten, welche sich in ihrer Grundannahme unterscheiden: Kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische (Stadien- oder Phasen-) Modelle. Erstere gehen davon aus, «dass sich Personen auf einem Kontinuum einer Verhaltenswahrscheinlichkeit befinden» und dass kognitive und affektive Einflussfaktoren während der gesamten Verhaltensänderung zentral sind (Knoll et al., 2017, S. 26). Zweitere gehen davon aus, dass Personen qualitativ verschiedene Phasen im Verhaltensänderungsprozess durchlaufen (Knoll et al., 2017,

S. 27). Dabei spielen in den verschiedenen Phasen der Verhaltensänderung unterschiedliche Einflussfaktoren eine Rolle (Finne et al., 2021). Zentrale Annahme der dynamischen Modelle ist, dass in der **motivationalen** (Anfangs-) Phase jeweils die Absichtsbildung der Verhaltensänderung stattfindet, während es in der späteren **volitionalen** Phase um die Umsetzung der Absichten geht (ebd.).

Der Health Action Process Approach (HAPA) (siehe Abbildung 1) ist ein Hybridmodell, welches kontinuierliche und dynamische Modellannahmen kombiniert (ebd.). Schwarzer et al. (2011) identifizieren drei Faktoren, welche in der motivationalen Phase (auch *Zielsetzungsphase*) die zu entwickelnde Verhaltensänderungsabsicht beeinflussen: Die Risikowahrnehmung des Verhaltens (*Risk Perception*), die Handlungsergebniserwartung (*Outcome Expectancies*) und die Selbstwirksamkeitserwartung (*Action Self-Efficacy*). Die zweite volitionale Phase (auch *Zielverfolgungsphase*) wird durch die Faktoren Planung (*Action / Coping Planning*), Handlungskontrolle (*Self-monitoring*) und Selbstwirksamkeit (einerseits *aufrechterhaltend* trotz Schwierigkeiten (*Coping Self-Efficacy*) und andererseits *wiederherstellend* nach Rückfällen in alte Verhaltensmuster (*Recovery Self-Efficacy*)) beeinflusst (S. 161 – 165). Je nach Phase (motivational oder volitional), in welcher sich eine Person bezüglich ihrer Verhaltensänderung befindet, sind andere Faktoren für eine allfällige Intervention relevant und entsprechend zu berücksichtigen (Finne et al., 2021). Im späteren Verlauf der Arbeit wird im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Suchtberatung wieder auf dieses Modell zurückgegriffen.

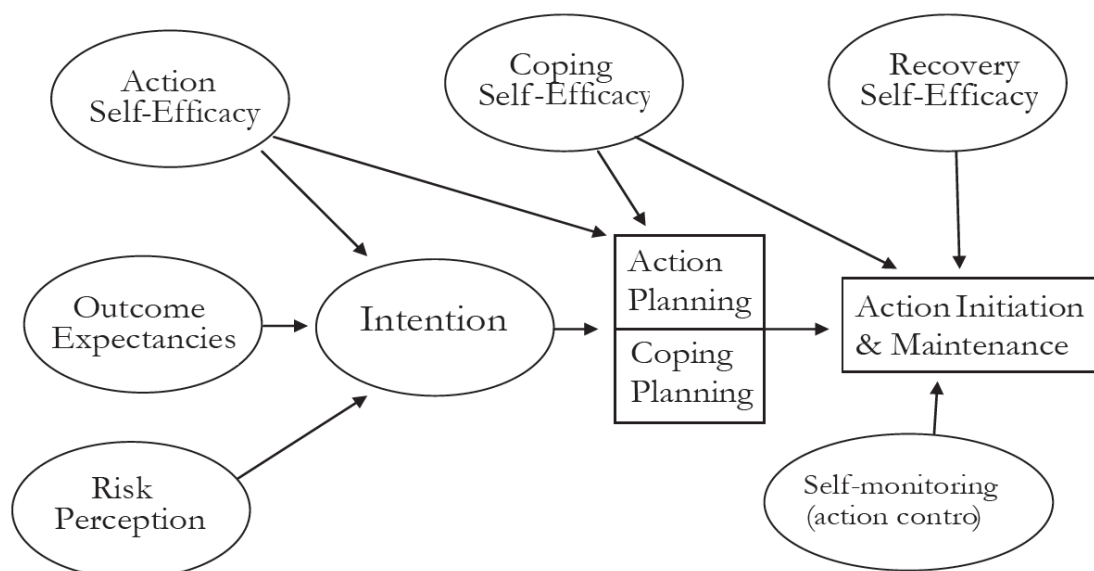


Abbildung 1: Health Action Process Approach (Schwarzer, 2016)

2.1.6. Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen

Das bio-psycho-soziale Modell bezieht sich nicht spezifisch auf Sucht, sondern allgemein auf ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Mit dem Satz: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen», führte die WHO in ihrer Verfassung von 1946 ein Verständnis von Gesundheit ein, welches neben körperlichen und psychologischen Faktoren auch dem sozialen Aspekt des Lebens Bedeutung für die Gesundheit beimisst. Dieses bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist vor allem im interprofessionellen Kontext im Gesundheitsbereich vorherrschend und kann auf die Verfassung der WHO zurückgeführt werden (Sommerfeld et al., 2016, S. 87).

Für die Ausarbeitung des bio-psycho-sozialen Modells wird mehrheitlich George Engel (1976) verdankt (Egger, 2015; Sommerfeld et al., 2016). Der Mehrwert des bio-psycho-sozialen Modells besteht darin, dass es neben biologischen Aspekten, die psychischen Dimensionen (Denken, Fühlen, Handeln) wie auch soziale und ökologische Lebenswelten erfasst, welche genauso Einfluss auf die Gesundheit oder Krankheit des Menschen haben (Egger, 2015, S. 53). Die drei Teilbereiche stehen in Wechselbeziehung zueinander. Anhand diverser Faktoren der verschiedenen Teilbereiche lassen sich die Entwicklung und der Verlauf von Störungen (wie eine Abhängigkeit) erklären (Sommerfeld et al., 2016, S. 86). Sommerfeld (2019) merkt an, dass das Phänomen Sucht «mehrdimensional ist und daher auf verschiedenen Ebenen analysiert, konzeptualisiert und behandelt werden kann» (S.4). Er führt aus, dass Sucht je nach Perspektive (der jeweils tätigen Profession) als medizinisches, soziales, psychisches oder neurobiologisches Problem aufgefasst werden kann (ebd.).

Zusammenfassend lädt das bio-psycho-soziale Modell ein, den ganzen Menschen mitsamt seinem Umfeld in den Blick zu nehmen, um die Entstehung und Verhinderung von Krankheit und Gesundheit zu verstehen. Es hat den Vorteil, eine Kombination der zuvor dargestellten biologisch-medizinischen, psychologischen und sozialen Perspektiven auf Sucht zuzulassen und diese in einem Modell zu integrieren. Die vorliegende Master-Thesis, wie auch die auftraggebende Suchtberatung der Perspektive Thurgau, bedienen sich einem bio-psycho-sozialen Suchtverständnis.

2.2. Prävalenz und Folgen

Auch das Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2018), welches auf Bundesebene für den Erhalt der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung verantwortlich ist, bedient sich einem Suchtverständnis nach dem bio-psycho-sozialen Modell. Im Rahmen der nationalen Gesundheitsstrategie verweist es darauf, dass die Ursachen für Sucht neben individuellen

Veranlagungen in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu finden sind (persönliches Umfeld, berufliche und finanzielle Situation, kultureller Umgang mit Substanzen, Erhältlichkeit etc.). Zudem weist es auf die negativen Auswirkungen von Sucht auf den Körper, die Psyche, das soziale Umfeld und die soziale Integration von betroffenen Personen hin. Auf diese Folgen sowie die Prävalenz von Sucht und risikoreichem Konsum in der Schweiz wird im weiteren Kapitel näher eingegangen. Erstens wird ein Überblick geschaffen, wie viele Personen in der Schweiz von einer Sucht oder einem risikoreichen (Konsum-) Verhalten betroffen sind, indem verschiedene Studien zum Thema aufgegriffen werden. Zweitens werden Folgen aufgezeigt, welche aus einer Sucht oder einem risikoreichen Konsum resultieren können. Damit wird die Wichtigkeit von Unterstützungsangeboten wie der Suchtberatung aufgezeigt.

Das *Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten* [MonAM] stellt im Auftrag des BAG Kennzahlen zum Thema Sucht zur Verfügung. Auf ihrer Webseite ist eine Studie beruhend auf Zahlen der Gesundheitsbefragung Schweiz aus dem Jahr 2017 zu finden, welche zeigt, dass 17,7% der Schweizer Bevölkerung (15 Jahre und älter) einen risikoreichen Alkoholkonsum aufweist (MonAM, 2022). Die Definition des risikoreichen Konsums orientiert sich an der in Kapitel 2.1.1 vorgestellten Definition der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (2018).

Während beim Alkohol klare Richtwerte zur Einschätzung des Konsums (risikoreich oder risikoarm) vorliegen, gibt es dies bei anderen Drogen nicht. Nichtsdestotrotz liegen Daten zum Konsum illegaler Substanzen vor, welche eine Einschätzung zur Häufigkeit des Konsums zulassen, nicht jedoch zu dessen Ausmass. 4% der Schweizer Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren haben im Jahr 2017 in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert (MonAM, 2021a). Zudem haben 1.5% der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate illegale Substanzen wie Kokain, LSD, Heroin etc. konsumiert (MonAM, 2021b).

Zur Alkoholsucht liegt eine Studie von Sucht Schweiz aus dem Jahr 2010 vor, in welcher Kuendig (2010) anhand Zahlen von 2007 die Anzahl alkoholabhängiger Personen in der Schweiz schätzt. Er kam zum Schluss, dass in der Schweiz ca. 250'000 Personen alkoholabhängig sind. Bei einer Gesamtbevölkerungszahl von 6'416'728 (15 Jahre und älter) im Jahre 2007 (Kuendig, 2010, S. 14) stellen 250'000 Personen 3.9% der Gesamtbevölkerung dar (eigene Berechnung).

Neben Informationen zur Prävalenz von Substanzsüchten und des risikoreichen Konsums sollen Verhaltenssüchte nicht ausser Acht gelassen werden: Eine Studie des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung mit Daten aus dem Jahr 2017 hat ergeben,

dass 3% der Schweizer Bevölkerung ein risikoreiches oder abhängiges Glückspielverhalten aufzeigt (Dey & Haug, 2019).

Die sozialen Folgen einer Sucht können für Betroffene markant sein, da eine Sucht zu Arbeitslosigkeit, finanziellen Problemen, instabilen Wohnverhältnissen oder einer Fürsorgeabhängigkeit führen kann. Gesundheitliche Folgeschäden einer Sucht oder eines risikoreichen Substanzkonsums können zudem zu einem frühzeitigen Tod führen (Bundesamt für Gesundheit, 2023b). Die Folgen treffen meist nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren engsten Angehörigen und Kinder. So wachsen in der Schweiz 5,8% der Kinder unter 15 Jahren mit mindestens einem Elternteil auf, welches risikoreich Alkohol konsumiert (Hümbelin et al., 2020). Kinder können durch das Suchtverhalten ihrer Eltern in ihrer körperlichen und seelischen Entwicklung gestört werden (MonAM, 2020). Sucht führt weiter zu hohen Ausgaben im Gesundheitswesen, zu Produktivitätsverlusten und Kriminalität (Strafverfolgung), was im Jahr 2017 die Ursachen für suchtspezifische volkswirtschaftliche Kosten von 7.86 Mrd. Franken waren (MonAM, 2021c).

2.3. Behandlung von Sucht

Im Folgenden werden verschiedene Unterstützungsangebote der Suchthilfe aufgeführt. Zudem wird erläutert, welche Methoden bei der Behandlung von Sucht empfohlen werden.

Aus einem Verständnis von Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen, welches durch Faktoren der verschiedenen Ebenen beeinflusst wird, resultieren folglich Behandlungsansätze auf den drei Ebenen Körper, Psyche und Soziales. Unter die Angebote der Suchthilfe fallen psychosoziale Suchtberatungsstellen (wie jene der Perspektive Thurgau), stationäre Entzugsbehandlungen, teilstationäre Angebote wie Tageskliniken, Substitutionsbehandlungen, Selbsthilfegruppen (wie bspw. die Anonymen Alkoholiker [AA]), ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Angebote sowie pharmakologische Therapien durch Ärzte (Ullrich, 2018). Weitere Angebote, welche vor allem dem Bereich Soziales zugeordnet werden können sind Kontakt- und Anlaufstellen, aufsuchende Sozialarbeit, Arbeitsintegrationsangebote, betreutes Wohnen, niederschwellige schadensmindernde Angebote (wie bspw. Spritzentausch) sowie die Prävention (Krebs et al., 2021). Diese Angebote behandeln die suchtbegleitenden sozialen Probleme, welche in den vorangegangenen Kapiteln als Folgen von Sucht genannt wurden, wie Arbeitslosigkeit, Armut, Devianz und Desintegration (Sommerfeld, 2021, S. 282).

Zur Wirksamkeit konkreter, oftmals psychologischer Methoden liegen etliche Studien vor, welche Veltrup (2020) benennt. Er verweist dabei auf einen Sammelband mit evidenzbasierten Behandlungsleitlinien aus dem Jahr 2006, in welchem neben der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing, [MI]) vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen empfohlen werden (Schmidt et al., 2006; in Veltrup, 2020,

S. 60). Veltrup (2020) betont zudem die Wichtigkeit der parallelen Mitbehandlung komorbider psychischer Erkrankungen, welche häufig Angststörungen, Depressionen, ADHS und posttraumatische Belastungsstörungen sind (S. 62-63). Ullrich (2018) nennt als weitere häufige Komorbiditäten Psychosen und Persönlichkeitsstörungen und verweist auf die Wichtigkeit von Interventionen und Austausch der verschiedenen an der Behandlung beteiligten Fachpersonen, da bei Doppeldiagnosen die Komplexität der Behandlung gross ist (S. 460-461).

Trotz des breiten und oftmals kostenlosen Angebots der Suchthilfe meiden Betroffene über Monate und Jahre die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (Saunders et al., 2006, S. 261; Ullrich, 2018, S. 256). Ullrich (2018) sieht als einen wesentlichen Grund hierfür die nach wie vor vorherrschende moralische Wertung von Sucht (S. 456) (siehe dazu Kapitel 2.1.3). Personen mit Suchterkrankungen sind nach wie vor Vorurteilen und Stigmatisierung ausgesetzt, was eine Herausforderung in der Suchthilfe darstellt. Die interdisziplinäre Fachzeitschrift *SuchtMagazin* widmete ihre erste Ausgabe im Jahr 2023 dem Thema *Stigmatisierung und Diskriminierung*, was auf die Relevanz und Präsenz des Themas verweist (Infodrog, 2023).

In Kapitel 4 wird anhand zweier Studien von Saunders (et al.) (1993; 2006) auf weitere Faktoren eingegangen, welche die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung beeinflussen. Davor werden in Kapitel 3 die Auftraggeberin sowie Informationen zum Suchtberatungsangebot und deren Inanspruchnahme vorgestellt, damit in Kapitel 4 klar sein wird, auf was für ein Unterstützungsangebot sich diese Arbeit bezieht.

3. Die Suchtberatung der Perspektive Thurgau

Wie einleitend erläutert, ist die Suchtberatung der Perspektive Thurgau Auftraggeberin der vorliegenden Arbeit. Insofern ist es von Bedeutung, mehr über die Organisation und den Bereich Suchtberatung zu erfahren. An erster Stelle wird die Organisation Perspektive Thurgau und ihre Organisationsstruktur vorgestellt, um in einem zweiten Schritt auf den Bereich der Suchtberatung sowie deren Klientinnen und Klienten einzugehen. Informationen zu Klientinnen und Klienten der Suchtberatung von 2017 – 2022 und wie diese den Weg in die Suchtberatung gefunden haben, geben erste Hinweise auf mögliche beeinflussende Faktoren. Die Bereitstellung des momentanen Wissensstandes bezüglich der Niederschwelligkeit des Suchtberatungsangebots runden das Kapitel ab.

3.1. Die Organisation

Die folgenden Informationen über die Perspektive Thurgau stammen aus dem Betriebskonzept der Organisation (Perspektive Thurgau, 2021a). Anhand der Informationen soll ein Überblick über die Organisation geschaffen werden.



Abbildung 2: Aufbau des Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau (Darstellung der Perspektive Thurgau, E-Mail, 29. August 2022)

Die Perspektive Thurgau ist ein Gemeindezweckverband, deren Mitglieder die 80 Gemeinden des Kantons Thurgaus darstellen (siehe Abbildung 2). Die Perspektive Thurgau stellt die operative Organisationseinheit dar und ist für die Umsetzung von Dienstleistungen in den Mitgliedsgemeinden verantwortlich. Zu diesen Dienstleistungen gehören:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Mütter- und Väterberatung
- Paar-, Familien- und Jugendberatung
- Suchtberatung

Der Auftrag der Perspektive ergibt sich aus verschiedenen kantonalen und eidgenössischen Gesetzgebungen, welche die Umsetzung gesundheitsförderlicher Massnahmen vorsehen. Konkret wird im Betriebskonzept festgehalten: «Wir tragen dazu bei, dass die Thurgauer Bevölkerung bewusster und selbstbestimmter mit ihren Fähigkeiten und Stärken umgeht und leisten damit einen Beitrag zur Gesundheit im Kanton Thurgau».

Die Vergangenheit der Perspektive Thurgau prägten verschiedene Fusionen erst einzelständig existierender Fachstellen im Kanton sowie Reorganisationen (die letzte im Jahr 2012). Das Motto der heute im gesamten Kanton präsenten Organisation lautet «bewährte Dienstleistungen aus einer Hand» (Perspektive Thurgau, 2021a, S. 2).

Der Gemeindezweckverband ist über Beiträge von Kanton und Gemeinden finanziert sowie aus eigenen Einnahmen, Spenden und Beiträge der fördernden Mitgliedern.

3.2. Die Suchtberatung

Die Suchtberatung stellt eine von vier Dienstleistungen (nachfolgend *Angebot*) dar, welche die Perspektive Thurgau anbietet. Sie wird, wie in Abbildung 3 ersichtlich, an folgenden Fachstellen angeboten (Perspektive Thurgau, o. J.-c):

- Diessenhofen
- Frauenfeld
- Kreuzlingen
- Münchwilen
- Romanshorn
- Weinfelden

Das Angebot beinhaltet gemäss des Flyers der Suchtberatung Beratung, Information und Begleitung bei Fragen und Anliegen zu Konsumverhalten, suchtähnlichen Verhaltensweisen und Abhängigkeiten (Perspektive Thurgau, o. J.-a). Weiter ist dem Flyer zu entnehmen, dass die Beratungen vor Ort in den genannten Fachstellen, per Telefon, E-Mail oder per Online-Video stattfinden. Das Angebot ist für die Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Thurgaus kostenlos. Einzig bei Auflagen des Strassenverkehrsamtes [StVA] wird eine Kostenbeteiligung erhoben. Die Beratungspersonen verfügen über eine Ausbildung in Psychologie, Sozialer Arbeit oder Pflege und in der Regel über zusätzliche therapeutische Qualifikationen. Sie stehen unter Schweigepflicht (Perspektive Thurgau, o. J.-a).

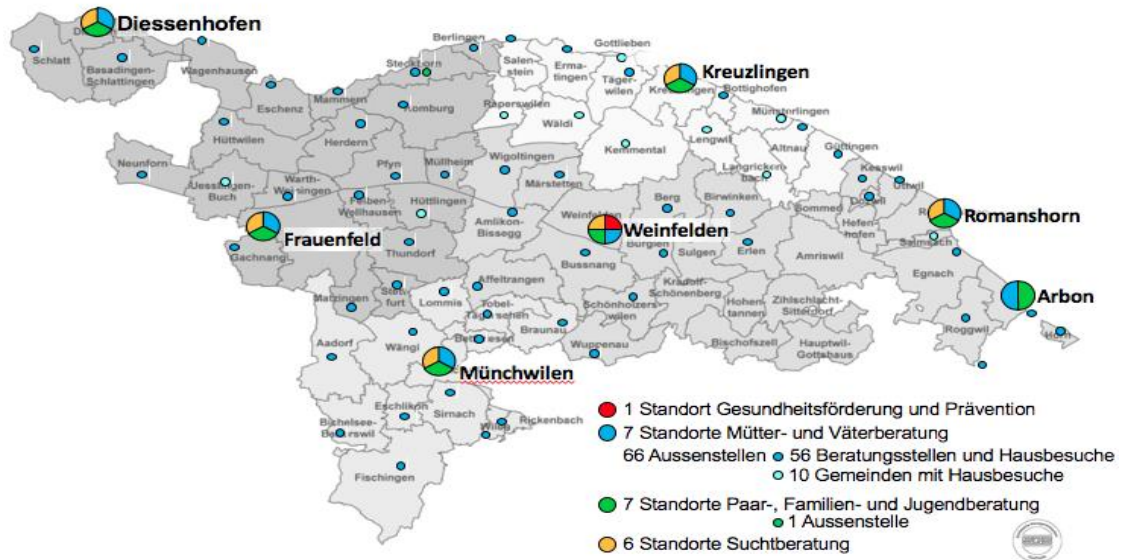


Abbildung 3: Standorte der verschiedenen Fachstellen der Perspektive Thurgau (Darstellung der Perspektive Thurgau, E-Mail, 29.08.2022)

Im Fachbereichskonzept der Suchtberatung ist das Angebot und deren Zielgruppe genauer definiert. Es werden folgende Beratungsinhalte unterschieden, beziehungsweise angeboten (Perspektive Thurgau, 2021b, S. 1):

- Angehörigenberatung
- Fachtherapie bei gerichtlichen Massnahmen und Weisungen
- Beratungsgespräche nach behördlicher Zuweisung
- Fachtherapie bei Führerausweisaufgaben
- Suchtberatung als persönliche Leistung gemäss Jugendstrafrecht
- Fachtherapie aufgrund von gesprochenen Massnahmen und Weisungen der Justiz
- Sensibilisierungsgespräche für Jugendliche
- Beratung für Eltern von Jugendlichen mit riskanten Substanzkonsum bzw.

Suchtverhalten

- Informationsgespräch für Mütter und Väter mit Suchtthematik
- Beratung für Eltern von Jugendlichen mit riskantem Substanzkonsum
- Schuleinsätze zwecks Information, Aufklärung, Austausch zu Konsumverhalten
- Suchttherapie
- Poststationäre Suchttherapie

Das Angebot der Suchtberatung richtet sich an Personen mit riskanten Konsumformen oder Abhängigkeitserkrankungen sowie deren Angehörigen und professionellen Bezugspersonen. Das Ziel der Beratung wird jeweils mit den Klientinnen und Klienten zusammen erarbeitet, damit es ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten entspricht. Das Konsumziel kann einen schadensmindernden oder kontrollierten Konsum oder eine Abstinenz umfassen. Für

die Zielerreichung kann eine «umfassende Auseinandersetzung mit den eigenen biologischen, psychologischen, sozialen wie auch wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Selbststeuerung erforderlich sein» (Perspektive Thurgau, 2021b, S. 1). Schlussendlich zielt die Beratung auf eine «positive Beeinflussung der Gesamtsituation» ab. Die Beratungsarbeit folgt dem systemischen und lösungsorientierten Ansatz und wendet die motivierende Gesprächsführung als Methode an. Des Weiteren wird eine selbstständigkeitsfördernde und informationsvermittelnde Herangehensweise angestrebt (Perspektive Thurgau, 2021b, S. 3–4).

Im Fachbereichskonzept (Perspektive Thurgau, 2021b) wird zudem auf Querschnittsthemen verwiesen, welche in der Abklärungsphase der Beratung miteinzubeziehen, zu erarbeiten und in Bezug zur Konsumproblematik gesetzt werden sollen. Dazu gehören unter anderem die soziale Situation (Umfeld, Erwerbsarbeit, Tagesstruktur etc.), Komorbiditäten (z.B. AD(H)S, Traumafolgestörung, Angststörung, etc.) und Lernerfahrungen (erlernte (dys-) funktionale Selbstmanagementstrategien). Bei Bedarf werden weitere unterstützende Personen hinzugezogen. Des Weiteren wird erwähnt, dass eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Stellen im Bereich Medizin, Soziale Arbeit und Psychotherapie stattfindet.

Nehmen Personen mit der Perspektive Thurgau Kontakt auf (z.B. per Telefon oder E-Mail), erhalten sie einen Termin, welcher nach Möglichkeit innerhalb der nächsten zwei Wochen stattfindet. Auch eine E-Mail- oder Telefonberatung ist möglich.

3.3. Klientinnen und Klienten

Nach der Vorstellung des Angebots wird nun näher darauf eingegangen, wer die Klientinnen und Klienten der Suchtberatung sind und wie sie dazu kommen, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Das Kapitel dient dazu, erste Einflussfaktoren bei der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots zu identifizieren. Anhand vorliegender anonymisierter Daten werden Aussagen über Merkmale wie das Geschlecht, das Alter und die Nationalität von Klientinnen und Klienten gemacht. Es folgen zudem verschiedene Kreisdiagramme mit Informationen, wie die Personen zur Suchtberatung gekommen sind und aufgrund welcher Substanz oder welchen Verhaltens sie das Angebot in Anspruch nehmen. Die Daten stammen aus einer von der Perspektive Thurgau zur Verfügung gestellten Excel-Tabelle mit anonymisierten Daten vom 01.01.2017 bis 15.11.2022 (U. Horisberger, E-Mail, 15.11.2022). Darin sind Daten aufgeführt, welche jeweils bei der Erfassung von Klientinnen und Klienten, meist vom Personal des Sekretariats, abgefragt werden (in der Regel via Telefon). In den Daten sind diejenigen Personen aufgeführt, welche mindestens ein Gespräch wahrgenommen haben. Daten wie Empfehlung, Präzisierung der Empfehlung sowie Kontaktaufnahmegründe werden anhand

vorgegebener Optionen angewählt. Die in diesem Kapitel dargestellten Zahlen beruhen auf eigenen Berechnungen der Autorin auf Grundlage des vorliegenden Datenmaterials. Als erstes wird ein Blick auf die Fallzahlen der Suchtberatung geworfen.

Die nachfolgende Abbildung 4 zeigt die Fallzahlen der Suchtberatung der Perspektive Thurgau von 2017 bis 2022. In diesen sechs Jahren haben sich im Durchschnitt 474 Personen pro Jahr für die Suchtberatung angemeldet (*Neuanmeldungen*, eigene Berechnung). Die Abbildung zeigt, dass die Anzahl *Neuanmeldungen* sowie die Anzahl *Fallbearbeitungen insgesamt* im Jahr 2022 im Vergleich zu den letzten drei Jahren leicht gesunken sind. Die *Neuanmeldungen* lagen im Jahr 2022 im Vergleich zum Durchschnitt 6.3% tiefer (eigene Berechnung). Die Fallbearbeitung im Jahr 2021 (893 Personen) macht bei einem damaligen Bevölkerungsstand im Kanton Thurgau von 285'212 Personen (Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau, o. J.) einen Anteil von 0.31% aus (eigene Berechnung).

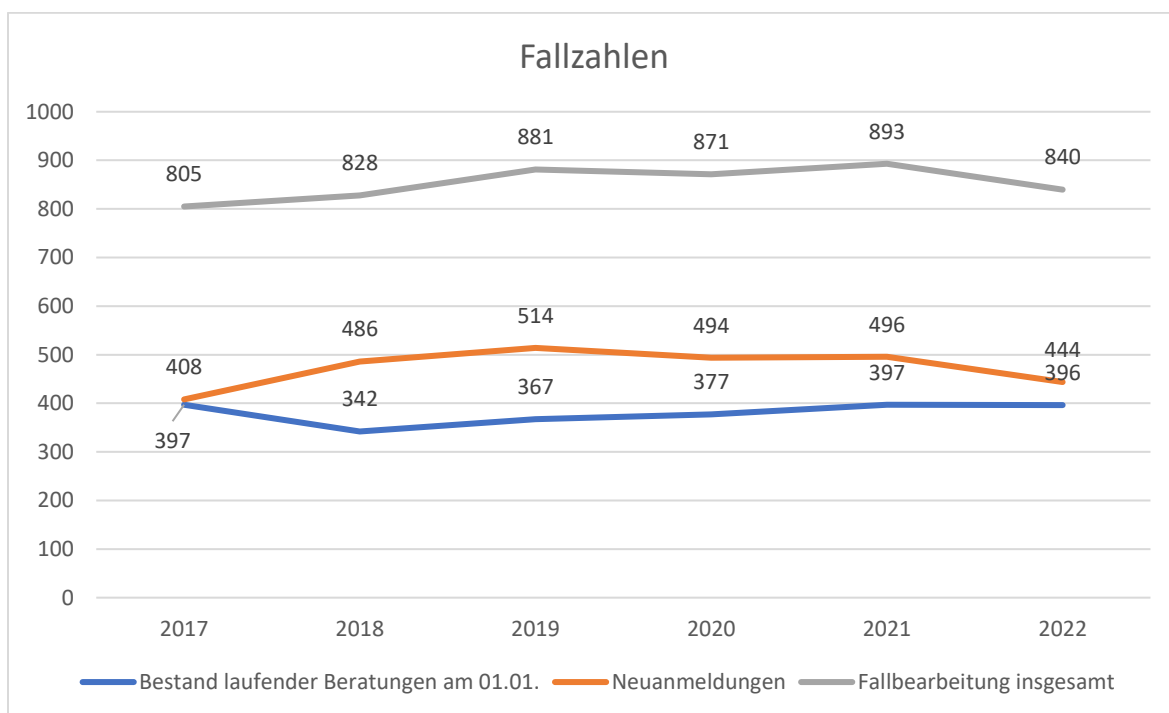


Abbildung 4: Fallzahlen Suchtberatung der Perspektive Thurgau, 2017 – 2022 (eigene Darstellung auf der Basis von Daten der Perspektive Thurgau (Perspektive Thurgau, o. J.-b))

Wer steht hinter diesen *Fällen*? Die anonymisierten Daten zu Klientinnen und Klienten von 2017 – 2022 umfassen insgesamt 2'833 Personen. Davon bezeichnen sich gut ein Drittel der Personen als weiblich (1'020), gut zwei Drittel als männlich (1'810) und eine Person als *divers*. Zu zwei Personen gibt es keine Angaben. Bei 1'975 Personen wurde als Nationalität *Schweiz* angegeben, was wiederum ca. zwei Dritteln entspricht. Das Durchschnittsalter der

Personen beträgt ca. 40 Jahre.³ Der Abbildung 5 ist zu entnehmen, wer sich jeweils für einen Termin gemeldet hat. In 69% der Fälle waren dies Direktbetroffene, in 15% Angehörige. Es ist der Darstellung (sowie den Daten) nicht zu entnehmen, wer die Suchtberatung schliesslich in Anspruch genommen hat, also ob die Kontaktaufnahme einer angehörig Person eine Angehörigenberatung oder eine Beratung einer betroffenen Person ergab.

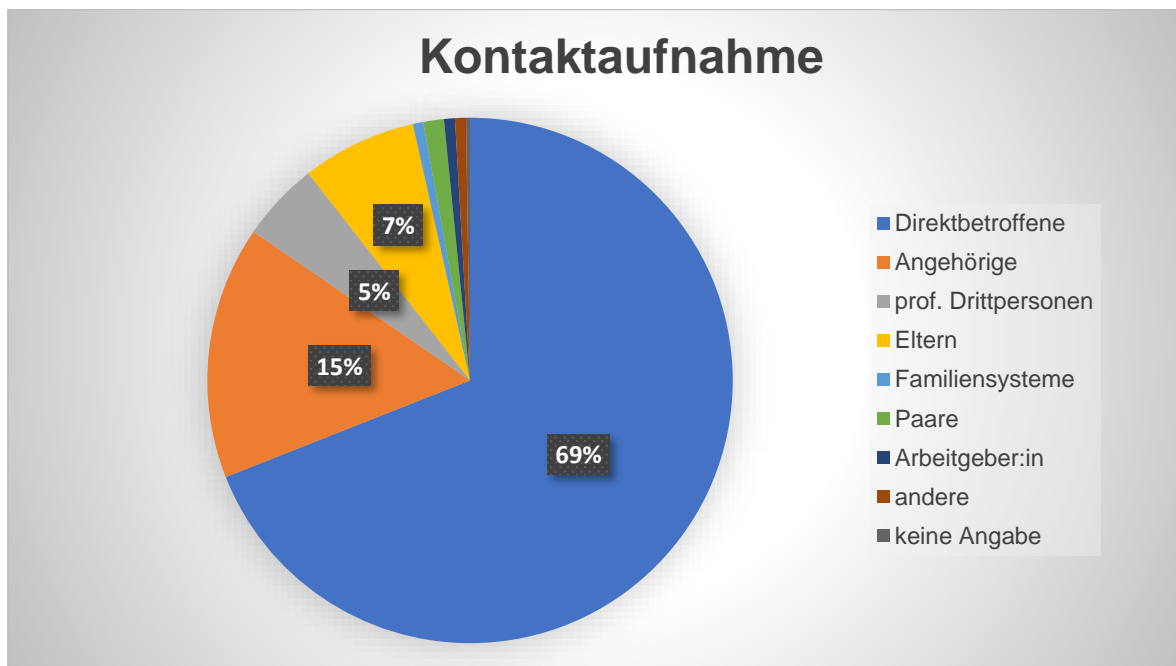


Abbildung 5: Erstkontaktaufnahme mit der Suchtberatung (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

Die Abbildung 6 zeigt, ob eine Person die Suchtberatung aus Eigeninitiative oder auf Empfehlung hin aufsuchte. Es ist erkennbar, dass 56% der Personen die Suchtberatung aus Eigeninitiative in Anspruch nahmen, 44% auf Empfehlung verschiedener Stellen oder des sozialen Umfeldes. Bei 13% stand hinter der Inanspruchnahme der Suchtberatung eine Empfehlung des Strassenverkehrsamtes. Hinter diesen «Empfehlungen» stecken meist Auflagen, welche den Besuch der Suchtberatung für die Wiedererlangung des Führerausweises verlangen. All jene Stellen oder Personen, welche weniger als 50-mal genannt wurden, wurden für eine übersichtliche Darstellung unter *andere* zusammengefasst. Diese 15% *andere* umfassen (mit Anzahl Nennungen in Klammer; in absteigender Reihenfolge): Soziale Dienste (48), (Wohn-) Heime (46), Paar-, Familien- und Jugendberatung (41), Arbeitgeber:in (36), Schulsozialarbeitende (35), KESB / Berufs-beistandschaft (34), andere

³ Da das angegebene Alter in der vorliegenden Excel-Tabelle jeweils dem heutigen entspricht, hat die Autorin bei den Jahren 2017, 2018 und 2019 das Durchschnittsalter mit Alterskorrektur ausgerechnet (angegebenes Alter minus die vergangenen Jahre seit Anmeldung). Das Durchschnittsalter lag in allen drei Jahren bei 39 Jahre. Ohne Alterskorrektur ergibt sich aus allen 6 Jahren ein Durchschnitt von 43 Jahren. So wurde ein ungefähres Durchschnittsalter von 40 definiert.

Suchtberatungsstellen (34), externe Psychiatrische Dienste [EPD] (31), Justiz / Gericht (29), Psychiater:in (24), Spital (20), Psychiatrische Dienste (19), soziales Umfeld (11), Jugendanwaltschaft (6), KJPD (5), Mütter- und Väterberatung (4), Lehrmeister:in (4).

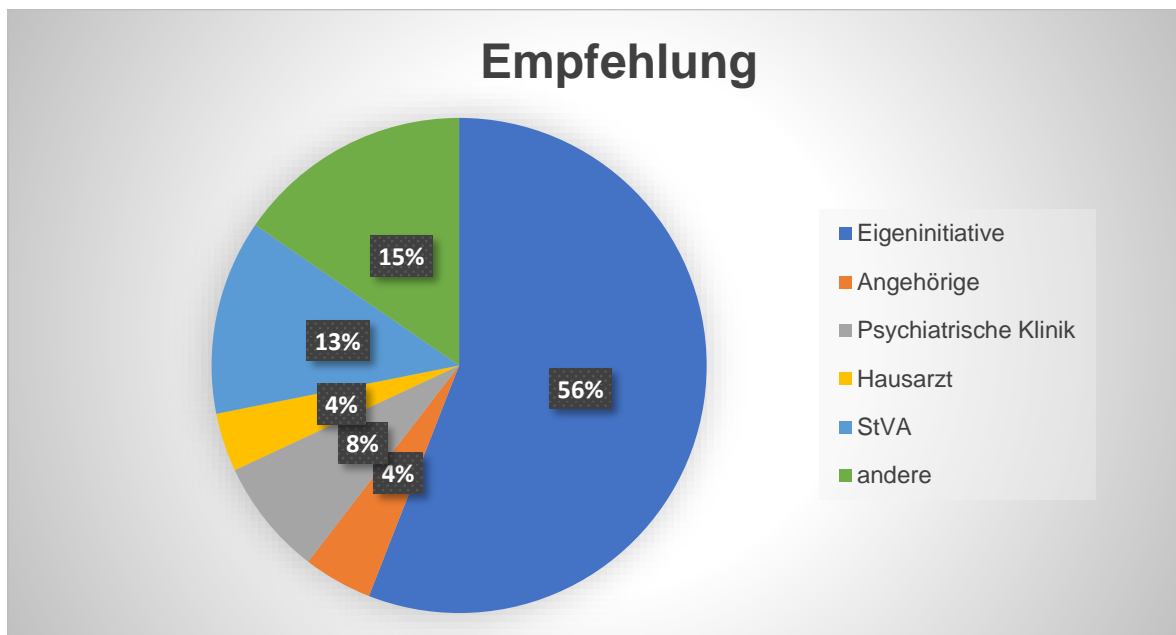


Abbildung 6: Empfehlung für Inanspruchnahme der Suchtberatung (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

Die Abbildung 7 präzisiert, wie die Personen auf das Suchtberatungsangebot aufmerksam wurden, beziehungsweise ob eine Auflage, Weisung oder andere Massnahme hinter der Kontaktaufnahme steht.

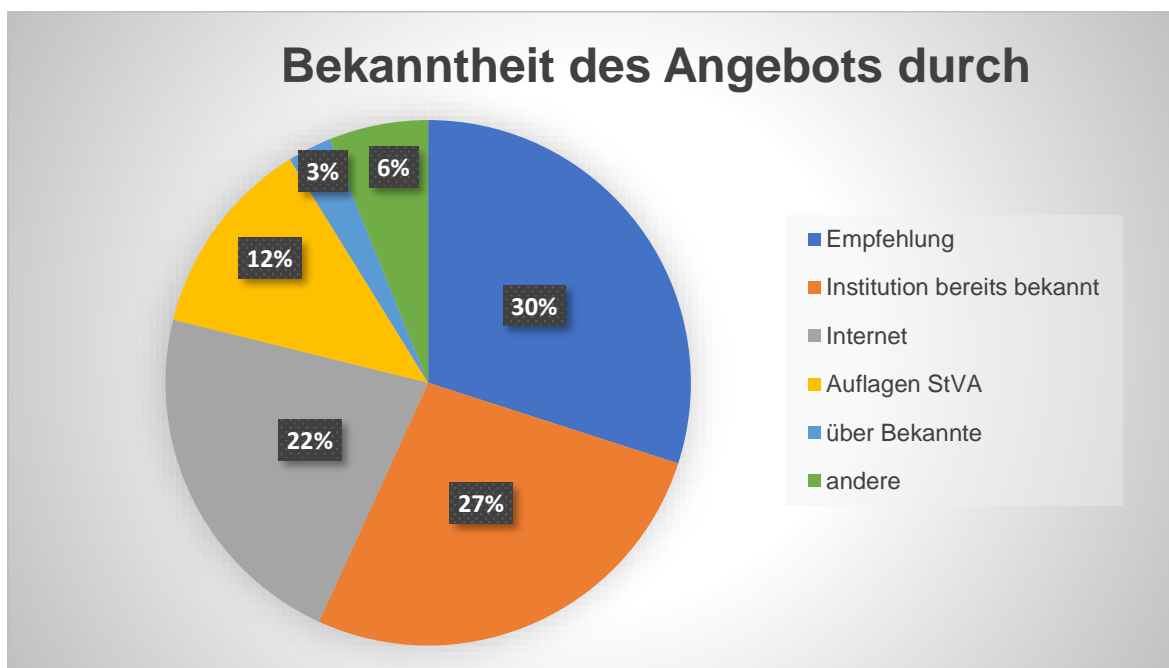


Abbildung 7: Wie wurde die Person auf die Suchtberatung aufmerksam (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

Rund ein Drittel der Personen kannte das Angebot oder die Organisation bereits, einem weiteren Drittel wurde das Angebot empfohlen. Die Daten zeigen, dass 12% der Personen einer Auflage des Strassenverkehrsamtes folgten. 22% der Personen fanden das Angebot über das Internet. Unter *andere* wurden folgende Angaben zusammengefasst (mit Angabe der Anzahl Nennungen in Klammer; in absteigender Reihenfolge): keine Angaben (67), Weisung (36), Flyer (33), Auflage (10), Dreiecksvertrag (10), persönliche Leistung Jugendanwaltschaft (9), Massnahme (6), Telefonbuch (1), Zeitung (1).

Mehr als die Hälfte (54%) der Klientinnen und Klienten nehmen das Suchtberatungsangebot aufgrund des Alkoholkonsums in Anspruch (siehe Abbildung 8). Darauf folgen der Cannabiskonsum (18%) und der Kokainkonsum (10%). Verhaltensweisen sind weniger oft vertreten; lediglich 4% der Personen, die sich für die Suchtberatung meldeten, gaben als Hauptproblem Onlineverhalten an und 3% pathologisches Spielen (Glücksspiel). Unter *andere suchtähnliche Probleme* sind weitere Verhaltensweisen möglich.

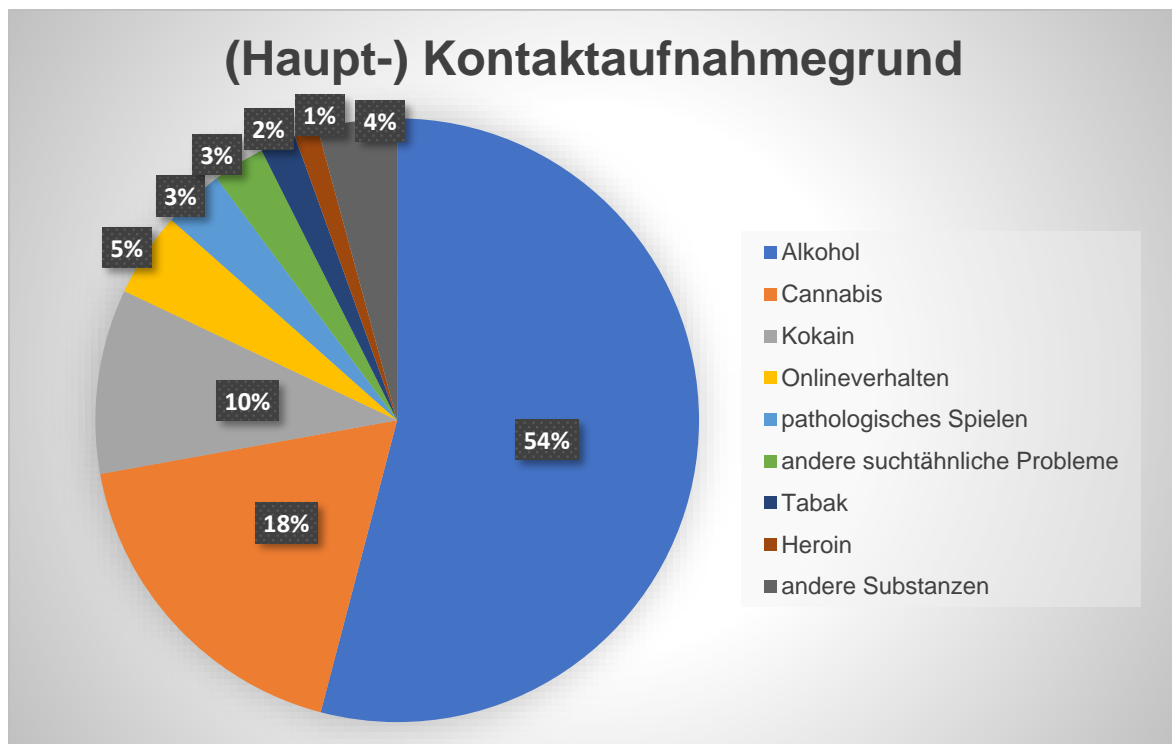


Abbildung 8: (Haupt-) Grund für die Kontaktaufnahme (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

Unter *andere* werden bei Abbildung 8, 9 und 10 folgende Angaben zusammengefasst (Anzahl Nennungen in der Klammer bezieht sich auf den Haupt-Kontaktaufnahmegrund, in absteigender Reihenfolge): Benzodiazepine (21), Essstörungen (18), Opiatsubstitution (14), Amphetamine (12), andere Substanz (9), andere Opiate (9), andere Schlaf- und Beruhigungsmittel (9), keine Angabe (7), MDMA und verwandte Stoffe (6), Komorbiditäten

psychisch (5), andere Stimulanzien (4), Komorbiditäten physisch (2), LSD (2), andere Halluzinogene (1), psychische Probleme (1).

Während in Abbildung 8 der Hauptgrund für die Inanspruchnahme betrachtet wurde, wurden in Abbildung 9 alle genannten Gründe aufgelistet. Dies trifft zu, wenn eine Person die Suchtberatung aus mehreren Gründen in Anspruch nimmt (beispielsweise bei problematischem Konsum mehrerer Substanzen oder in Kombination mit Verhaltensweisen oder anderer Gründe).

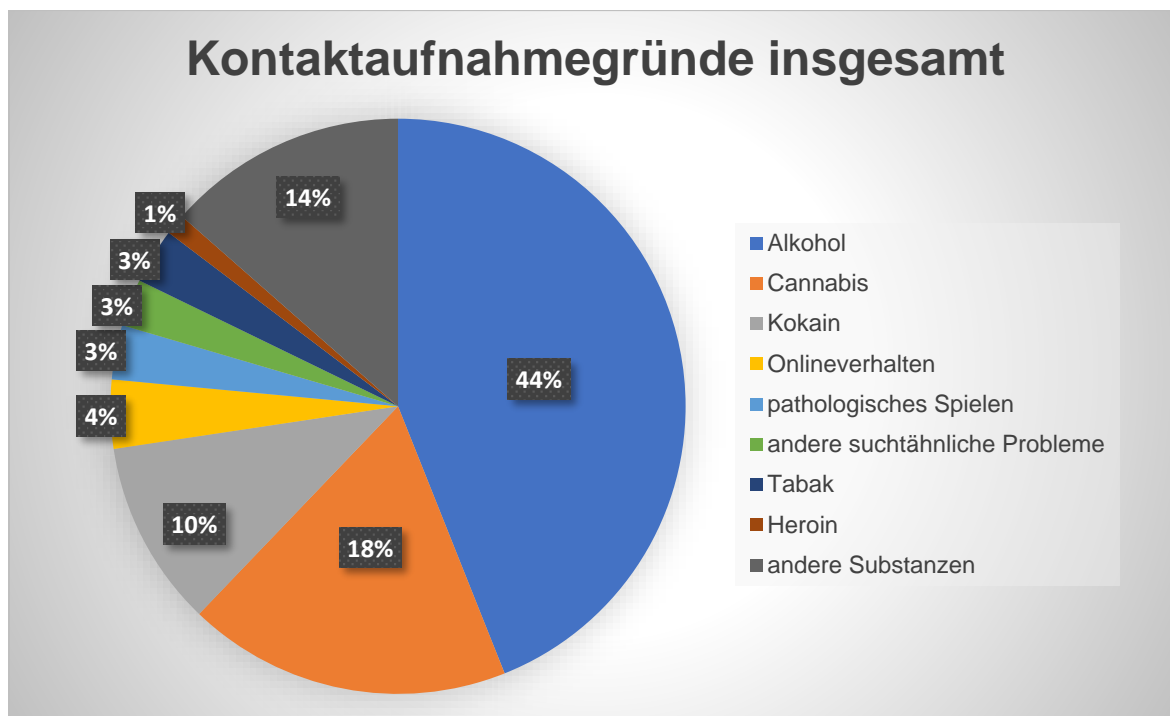


Abbildung 9: Alle Kontaktaufnahmegründe (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

In den Daten sind höchstens drei Gründe aufgeführt. Die gesamte Anzahl Nennungen entspricht in Abbildung 9 dementsprechend nicht mehr der Gesamtanzahl Personen (2'833). Alkohol wurde 93-mal als zweiter oder dritter Grund aufgeführt und verlor prozentual dennoch an Präsenz ein (-10%, 44%), der prozentuale Anteil an Cannabis und Kokain blieb unverändert.

Abbildung 10 zeigt, welche Gründe für die Inanspruchnahme am meisten als zweiten oder dritten Grund genannt wurden. Mit 24% liegen hier psychische Komorbiditäten klar vorne. Diese wurden 210-mal genannt. Danach folgen Cannabis (161) und Kokain (107).

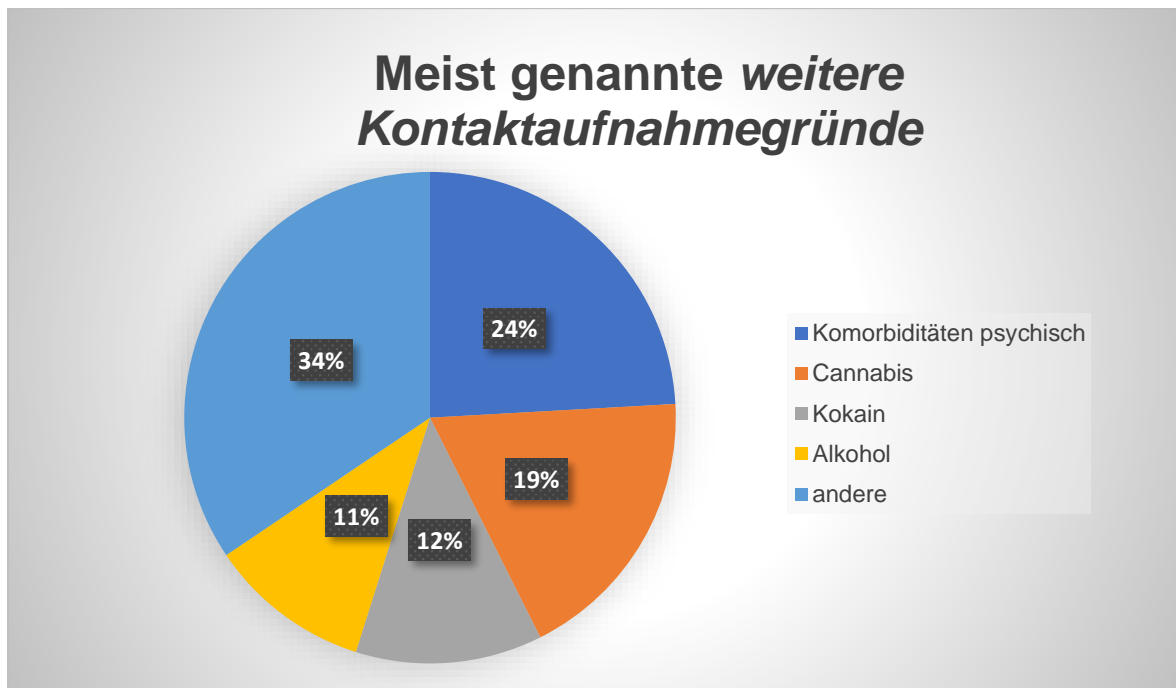


Abbildung 10: Meist genannte «weitere Kontaktaufnahmegründe» bei Mehrfachnennungen (eigene Darstellung auf Basis von Daten der Perspektive Thurgau, Excel-Datei, 15.11.2022)

3.4. Wissensstand zum Angebot in Bezug auf seine Niederschwelligkeit

Als Abschluss dieses Teiles über die Auftraggeberin Perspektive Thurgau folgt eine Darstellung des Wissens, welches der Auftraggeberin zum Suchtberatungsangebot zur Verfügung steht. Wie in der Einleitung erläutert, wurde im Jahr 2019 bereits über das Thema Angebotsentwicklung der Suchtberatung geforscht. Nachfolgend werden die Erkenntnisse der *Erhebung zum Thema Niederschwelligkeit von Suchtberatungsstellen im Kanton Thurgau* aus dem Jahr 2019 dargestellt, welche im Rahmen eines Praxisprojektes von Studierenden der Fachhochschule Ost St. Gallen gewonnen wurden (Brem et al., 2019). Die Erkenntnisse sind für die vorliegende Arbeit relevant, da die Erhebung das gleiche Ziel verfolgte, nämlich eine Verbesserung der Erreichbarkeit von potenziellen Klientinnen und Klienten. Im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit, welche die Sichtweise von potenziellen Klientinnen und Klienten erfasst, entstanden die Resultate der Studierenden-gruppe aus Expertinnen- und Experteninterviews und einer Literaturrecherche. Die Erkenntnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt des Forschungsprozesses, konkret bei der Diskussion der Ergebnisse, wieder herangezogen.

Die Studierenden Brem, Calderone, D'Ancicco, Frind und Häberlin haben qualitative Interviews mit Fachpersonen aus verschiedenen Organisationen im Kanton Thurgau durchgeführt, welche im Berufsalltag mit dem Thema Sucht in Berührung kommen. Des Weiteren haben sie eine Literatur- und Best-Practice-Recherche durchgeführt. Die Erkenntnisse der beiden Vorgehensweisen haben sie schliesslich zusammengeführt und

daraus sechs Ausbau- und Handlungsoptionen abgeleitet, welche die Erreichbarkeit von unterschiedlichen Gruppen von Klientinnen und Klienten verbessern sollen:

1. **Offene Sprechstunden** senken strukturelle Barrieren. Bei einer Umsetzung ist zudem wichtig, das Leistungsspektrum der Suchtberatung offenzulegen und die Bevölkerung des Kantons Thurgaus sowie verschiedene Organisationen darüber zu informieren.
2. Jegliche Fachpersonen, Organisationen und Peers können als **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** fungieren und sollen als solche betrachtet und behandelt werden. Ein aktiver Austausch und das zur Verfügung stellen von Ressourcen wie Schulungen, Informationsvermittlung, Flyer, Veranstaltungen ist dabei zentral.
3. Die **aufsuchende Arbeit** wurde in Best-Practice-Beispielen als gewinnbringend erlebt und wird deshalb empfohlen.
4. Um die Präsenz im Kanton zu stärken, soll die Suchtberatung sich an **anderen, bestehenden Programmen und Projekten ausserhalb der Suchtprävention** beteiligen. Dies könnte zum Beispiel eine Themenwoche in einer Schule oder eine Veranstaltung einer Gemeinde oder des Kantons darstellen.
5. Die **Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen und Organisationen** im Kanton soll höher priorisiert und noch intensiver gepflegt werden. Der Vernetzung kommt eine Schlüsselrolle zu, um das Angebot und die Zugangswege in die Suchtberatung aktuell zu halten. Zudem ist es ressourcenschonend, da bereits vorhandene Strukturen genutzt werden.
6. Die **Nutzung aktueller Medien** ist für die Erreichbarkeit von Jugendlichen von Bedeutung. Mit der Nutzung sozialer Netzwerke könnte die Suchtberatung in die Lebenswelt von Jugendlichen eintauchen. Hierbei wäre jedoch auf Aktualität zu achten, um mit der Schnelllebigkeit jugendlicher Trends mithalten zu können. Weiter könnte das Online-Angebot durch Blended-Counselling⁴ erweitert werden.

Neben diesen sechs Ausbau- und Handlungsoptionen weisen die Studierenden im Fazit zu den Best-Practice-Beispielen darauf hin, dass jede Bedingung, welche für die Inanspruchnahme des Angebots erfüllt werden muss, zu einem Hindernis werden kann. Deshalb ist es wichtig, möglichst geringe Anforderungen an potenzielle Klientinnen und Klienten zu stellen. Zudem führt eine Transparenz über das Leistungsspektrum der Suchtberatung dazu, dass potenzielle Klientinnen und Klienten ein Verständnis dafür bekommen, was für einen Mehrwert sie aus der Inanspruchnahme des Angebots ziehen könn(t)en.

⁴ Unter Blended-Counselling wird eine Kombination aus digitalem und analogem Beratungssetting verstanden

Die Empfehlungen der Studierendengruppe gaben Anstoss für einige Projekte der Suchtberatung, was an einer Regionalkonferenz mit Gemeindevertreterinnen und -vertretern im Frühjahr 2020 diskutiert wurde. Das Protokoll der Regionalkonferenz liegt vor (U. Horisberger, 29.08.2022). Daraus werden fünf umgesetzte Projekte als Beispiele ausgewählt und genannt. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um Stand 2020 handelt.

- Die Bereiche *Gesundheitsförderung und Prävention* und *Suchtberatung* bieten gemeinsam Schuleinsätze zum Thema Sucht und Prävention an.
- Die Suchtberatung hat eine Schulung für Femmes-Tisch-Moderatorinnen zum Thema Sucht durchgeführt.
- An der Fachstelle in Frauenfeld wird NADA-Ohrakupunktur zur Suchtdrucklinderung angeboten.
- Auf der Entzugsstation in Münsterlingen leitet die Suchtberatung mit einer Peer-Mitarbeiterin einen Gruppenkurs.
- Die Webseite wird überarbeitet und neugestaltet.

4. Forschungsstand zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Erkrankungen

Saunders hat den Prozess der Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots bei Vorliegen psychischer Krankheiten erforscht. Im Folgenden werden auf die Ergebnisse zwei seiner Studien eingegangen, welche den Forschungsstand zum zu untersuchenden Thema darstellen. Während die erste Studie generell von der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Erkrankungen handelt, geht die zweite spezifisch auf Hindernisse bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Vorliegen eines risikoreichen oder abhängigen Alkoholkonsums ein. Das theoretische Modell des Vier-Schritte-Prozesses bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung sowie weitere Erkenntnisse der Studien dienen im späteren Forschungsprozess als Grundlage für die Bildung der Oberkategorien in der qualitativen Datenauswertung.

4.1. Vier-Schritte-Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Krankheiten

In Saunders (1993) ersten Studie wird der Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung⁵ bei Vorliegen psychischer Erkrankungen in folgenden vier Schritten beschrieben:

1. Problemerkennung, 2. Entscheidung, dass eine professionelle Unterstützung helfen könnte, 3. Entscheidung, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, 4. Kontaktaufnahme mit dem System für mentale Gesundheit. In der zweiten Studie von 2006 wird der Prozess leicht abgeändert beschrieben. Aufgrund des Vorherrschens einer grossen Diskrepanz zwischen dem Bedarf (durch vorliegende psychische Erkrankung) und der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung untersuchte Saunders diesen Prozess, um das Verhalten besser verstehen zu können. 275 Erwachsene nahmen an der Studie teil, welche folgende Ergebnisse generierte:

Das **soziale Umfeld** unterstützt Personen mit psychischen Erkrankungen bei der Erkennung des Problems und dient darüber hinaus als wichtige Informationsquelle für Bewältigungsstrategien. Das soziale Umfeld kann das Erkennen eines Unterstützungsbedarfs jedoch auch verhindern und Einstellungen vermitteln, welche einer Inanspruchnahme professioneller Unterstützung entgegenstehen. Es kann vorkommen,

⁵ Saunders nutzt für die professionelle Unterstützung den Begriff *Therapie* (in Originalsprache Englisch *Therapy*). Da es sich bei der Suchtberatung um eine psychosoziale Beratung handelt, wird hier der neutralere Begriff der professionellen Unterstützung gewählt.

dass informelle Unterstützung anstelle formeller angenommen wird. Insofern wird klar, dass die Beziehung zwischen informeller und formeller Unterstützung komplex und vielschichtig ist. Nichtsdestotrotz ist informelle Unterstützung während des gesamten Prozesses von Bedeutung. In der vorgelegten Studie von Saunders hatten mehr als die Hälfte (zwischen 55,6% - 72%) in allen vier Schritten des Prozesses Unterstützung erhalten. Der erste Schritt, die Problemerkennung, wurde als der am schwierigsten zu erreichende Schritt genannt und der zeitintensivste. Die nachfolgenden Schritte wurden als zunehmend leichter eingestuft.

Die **Problemerkennung** war für die am wenigsten und stärksten belasteten Teilnehmenden am schwierigsten. Sie stellt das Haupthindernis für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung dar. In der Regel bestand das Problem der Studienteilnehmenden bereits lange, bei 48% länger als zwei Jahre. Personen zwischen 34 und 44 Jahren benötigten am wenigsten Zeit, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Ältere und jüngere Personen nehmen professionelle Unterstützung zudem weniger häufig in Anspruch.

Das Aufsuchen professioneller Unterstützung stellt eine von vielen Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer psychischen Erkrankung dar. 99% der Teilnehmenden hatten vor der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bereits **alternative Bewältigungsversuche** unternommen wie der Versuch, das Problem allein zu lösen (78.9%), sich anderweitig zu beschäftigen (54.5%) oder das Problem zu ignorieren oder zu leugnen (49.1%).

4.2. Personen- und angebotsbezogene Hindernisse bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Alkoholabhängigkeit

In einer weiteren Studie untersuchten Saunders et al. (2006) personen- und angebotsspezifische Hindernisse bei der Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung. Sie gingen dabei wiederum von einem Prozess in vier Schritten aus (siehe Abbildung 11), wobei nach jedem Schritt mögliche Hindernisse zur Erlangung des nächsten Schrittes bestehen (jeweils in der rechten Spalte dargestellt). Sie gehen weiter davon aus, dass diese Hindernisse entweder personen- oder angebotsbezogen sind. Personenbezogene Hindernisse umfassen kognitive und emotionale Faktoren (bspw. negative Einstellung gegenüber einer Unterstützung oder fehlendes Bewusstsein des Schweregrades des Problems), angebotsbezogene Faktoren umfassen Faktoren des Unterstützungsangebots (bspw. Zugangswege oder Informationen zum Angebot) (S. 261 – 262).

Der erste Schritt im Prozess zur Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung stellt gemäss Saunders et al. (2006) die (An-) Erkennung eines Problems dar. Darauf folgt in einem zweiten Schritt die Entscheidung, dass eine Veränderung nötig ist. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass mögliche Hindernisse bei der Erreichung dieser beiden Schritte eine fehlende Problemanerkennung oder -bemerkung sind, ein Herunterspielen des Schweregrades des Problems oder dass die Problemursache anderen Faktoren als dem Alkoholkonsum zugeschrieben wird.

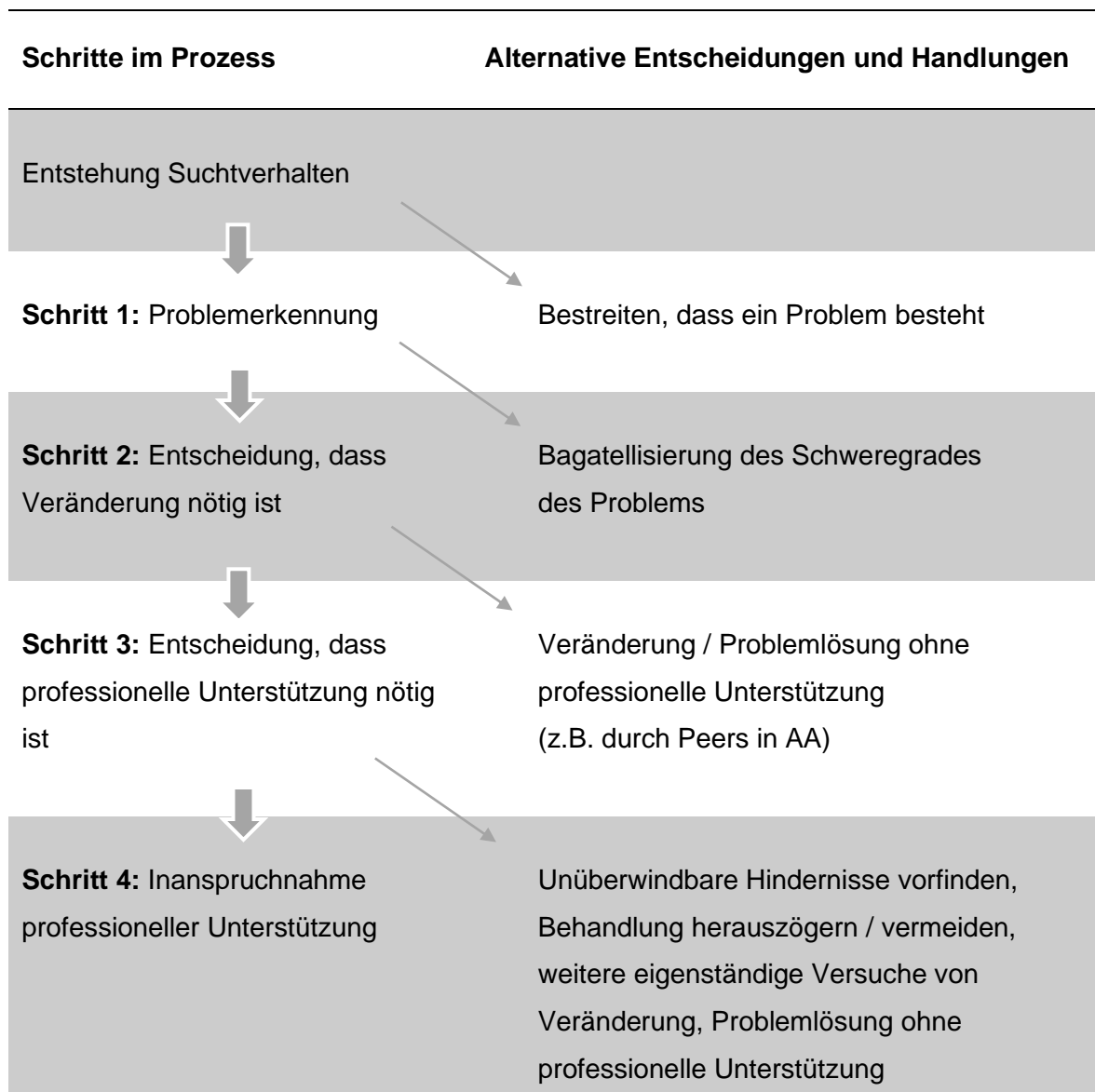


Abbildung 11: Vier-Schritte-Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (leicht modifiziert nach Saunders et al., 2006, S. 262/eigene Übersetzung)

Saunders et al. (2006) stellten die Hypothese auf, dass in den ersten beiden Schritten vor allem personenbezogene Faktoren von Bedeutung sind, wobei die Stigmatisierung auch dazu gehört. Dabei wird zwischen Selbststigmatisierung und gesellschaftlicher Stigmatisierung differenziert. Ersteres beinhaltet eine Beeinträchtigung des Selbstwert-

gefühls, zweiteres die Angst vor der Reaktion anderer. Saunders et al. (2006) gehen davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer Problemerkennung bei emotionalem Leid und psychischen Komorbiditäten steigt. Zudem gehen sie davon aus, dass die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung wahrscheinlicher ist, wenn Probleme, welche auf den Alkoholkonsum zurückzuführen sind, gelöst werden möchten (S. 262–263).

Der dritte Schritt im Prozess stellt die Entscheidung dar, dass professionelle Unterstützung nötig ist. Dieser Schritt folgt nicht automatisch auf die beiden soeben beschriebenen. Die meisten Personen mit risikoreichem oder abhängigem Alkoholkonsum werden zuerst versuchen, das Problem allein zu lösen oder sie wenden alternative Bewältigungsstrategien an (vgl. Kapitel 4.1), wobei viele erfolgreich sind. Der vierte und letzte Schritt stellt die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung dar. Im dritten und vierten Schritt spielen personen- und angebotsbezogene Faktoren eine Rolle, ob eine professionelle Unterstützung schliesslich in Anspruch genommen wird. Als mögliche Hindernisse zu Schritt drei zu gelangen, nennen Saunders et al. (2006) Zweifel, dass professionelle Unterstützung notwendig ist oder Angst vor Beschämung oder gar Stigmatisierung, wenn zugegeben wird, dass professionelle Unterstützung nötig ist oder diese aufgesucht wird. Des Weiteren stellen Unwissen über professionelle Unterstützungsangebote und deren Aufnahmebedingungen Hindernisse dar. Als personenbezogene Hindernisse werden eine negative Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung und die Bevorzugung, das Problem allein zu lösen, genannt (S. 263).

In der von Saunders et al. durchgeführten Studie wurden insgesamt 145 Personen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung befragt, welche sich zum Zeitpunkt der Befragung im Prozessschritt drei oder vier befanden. Die Teilnehmenden wurden mit den oben genannten Hypothesen zu Hindernissen im Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung konfrontiert, zu welchen sie ihre persönliche Einschätzung abgaben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die am meisten genannten Hindernisse aller Studienteilnehmenden bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung personenbezogen waren: Am meisten genannt wurde «das Problem allein bewältigen wollen» und «glauben, man sollte dazu fähig sein, das Problem allein bewältigen zu können, ohne professionelle Unterstützung» (Saunders et al., 2006, S. 266/eigene Übersetzung). Saunders et al. (2006) schlussfolgerten, dass personenbezogene Faktoren während des gesamten Prozesses der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung eine grössere Rolle spielen als angebotsbezogene.

Weiter zeigt die Studie, dass die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung neben den bereits genannten Faktoren vor allem von der **Nutzenerwartung** abhängt und davon, ob **Motivation und Gründe** für einen Konsumstopp vorliegen oder nicht (S. 267).

Die Studie von Saunders et al. (2006) zeigt weiter, dass die **Selbststigmatisierung** im gesamten Prozess ein mögliches Hindernis – zuerst bei der Problemerkennung und später bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung – darstellt. Vor allem wenn es um die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung geht, zeigt sich die Selbststigmatisierung als relevantes Hindernis (dies zeigt sich zum Beispiel im Wunsch, das Problem allein zu lösen).

Aufgrund ihrer Ergebnisse weisen Saunders et al. darauf hin, dass es hilfreich sein kann, wenn Fachpersonen in suchtspezifischen Angeboten vor allem zu Beginn einer professionellen Unterstützung mögliche Selbststigmatisierungen von Klientinnen und Klienten thematisieren. Damit könnten Abbrüche verhindert und das Einlassen auf die Unterstützung gefördert werden. Sie weisen weiter darauf hin, dass die Wichtigkeit und Wirksamkeit von professioneller Unterstützung hervorgehoben und dass auf Anliegen wie *es allein zu schaffen* direkt eingegangen werden soll. Schlussendlich soll angestrebt werden, dass die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung weniger Stigmatisierung ausgesetzt und gesellschaftlicher akzeptierter ist, um auch Personen zu erreichen, bei welchen der Alkoholkonsum noch weniger weit fortgeschritten ist (S. 268).

5. Forschungsfrage

Auf Grundlage der in den vorangegangenen Kapiteln gewonnenen Erkenntnissen wird ein Fazit gezogen, welches zur Fragestellung der vorliegenden Master-Thesis führt und deren Relevanz verdeutlicht.

5.1. Zwischenfazit und Herleitung der Fragestellung

Aus medizinischer Sicht bestimmten klare Richtwerte nach ICD-11 das Vorliegen einer Suchterkrankung (BfArM, 2023). Es gibt zudem – zumindest beim Alkohol – klare Mengenangaben, was aus biologischer Sicht als einen risikoarmen und was als einen risikoreichen Alkoholkonsum gilt (Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen, 2018). Es wurde dargelegt, weshalb aus sozialwissenschaftlicher und sozialarbeiterischer Sicht die medizinische Perspektive allein für eine Definition von Sucht nicht genügt. Gründe liegen in den sozialen Aspekten von Sucht, der notwendigen Deutung und damit Konstruktion von Sucht, welche sich je nach Kontext unterscheiden kann (Schmidt-Semisch & Dollinger, 2018) sowie in den Wechselbeziehungen des Substanzkonsums mit dem sozialen Umfeld und des Alltags einer suchtbetroffenen Person (Barsch, 2022). Diese Annäherung ans Thema Sucht zeigt die Komplexität und Mehrdimensionalität von Sucht auf, mit welcher nicht zuletzt die Betroffenen selbst – zum Beispiel bei der Abwägung der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots – konfrontiert sind.

Im Interdisziplinären Bereich wird Sucht vorherrschend als ein bio-psycho-soziales Phänomen verstanden (Berthel, 2021). Dieses Verständnis von Sucht ist einerseits für die Behandlung in interdisziplinären Bereichen von Vorteil, zudem wird es der Mehrdimensionalität von Sucht (Sommerfeld, 2019) gerecht. Das Modell zeigt, dass die verschiedenen Teilbereiche (biologische, psychische und soziale Aspekte) einer Person in Wechselbeziehungen zueinanderstehen und lassen die Entwicklung und den Verlauf einer Suchterkrankung erklären (Sommerfeld et al., 2016). Folglich ist auch bei der Behandlung von Sucht in den drei Teilbereichen anzusetzen. Die Suchthilfe hält neben klassischen körperlichen Entzugsstationen Angebote im Bereich der Psychotherapie und nicht zuletzt Unterstützungsangebote zur Bewältigung der suchtbegleitenden sozialen Probleme bereit (Sommerfeld, 2021; Ullrich, 2018). Die Suchtberatung lässt sich hierbei als ein psychosoziales Angebot einordnen, welches bei Bedarf zudem weitere unterstützende Institutionen herbeizieht. Trotz des breiten Angebots meiden suchtbetroffene Personen oftmals über Monate und Jahre hinweg die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (Saunders et al., 2006, S. 261; Ullrich, 2018, S. 256). Hinsichtlich der Prävalenz und der Folgen von Sucht (siehe Kapitel 2.2) ist dies prekär. Umso wichtiger scheint es, den Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zu verstehen, damit Angebote möglichst auf die Bedürfnisse von potenziellen Klientinnen und Klienten angepasst sind.

Saunders (2006) beschreibt die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Alkoholabhängigkeit als einen Prozess in vier Schritten. Er geht dabei von personen- und angebotsbezogenen Faktoren aus, welche die Inanspruchnahme beeinflussen. Er zeigt, dass die am meisten genannten Hindernisse bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung personenbezogen sind. Zu diesen gehören eine negative Nutzenerwartung, fehlende Motivation und Gründe für einen Konsumstopp sowie die Selbststigmatisierung. In seiner Studie von 1993 wurde herausgefunden, dass die Problemerkennung das Haupthindernis bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Erkrankungen ist (Saunders et al., 1993). Das soziale Umfeld spielt im gesamten Prozess zudem eine wichtige Rolle – teils als förderlich, teils als hinderlich bezüglich einer Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung. 99% der Studienteilnehmenden hatten vor Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung bereits alternative Bewältigungsversuche zur Behebung ihres Problems vorgenommen.

Aus der Gesundheitspsychologie stammende Modelle verweisen darauf, dass der Prozess einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung in zwei Phasen zu unterteilen ist: In eine erste motivationale Phase, in welcher die Absicht einer Verhaltensänderung gebildet wird und in eine zweite volitionale Phase, in welcher die Verhaltensänderung umgesetzt wird (Finne et al., 2021). Gemäss dem HAPA-Modell nach Schwarzer et al. (2011) sind in der motivationalen Phase Faktoren wie die Risikowahrnehmung, die vom Verhalten ausgeht, die Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung für die Absichtsbildung von Bedeutung. In der volitionalen Phase sind die beeinflussenden Faktoren Planung, Handlungskontrolle und Selbstwirksamkeit (S. 161 – 165).

Die Auftraggeberin der vorliegenden Master-Thesis interessiert, wie eine Person zur Klientin oder zum Klienten der Suchtberatung der Perspektive Thurgau wird, beziehungsweise was eine Person davon abhält, das Angebot in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich interessieren konkrete Handlungsanweisungen, wie sich das Suchtberatungsangebot noch besser auf die Bedürfnisse von potenziellen Klientinnen und Klienten ausrichten kann. Die beschriebenen Erkenntnisse von Saunders und Schwarzer und ihren Forschungsteams bilden eine wichtige Grundlage für ein besseres Verständnis des Prozesses der Inanspruchnahme der Suchtberatung. Ergänzend dazu wurden Erkenntnisse bezüglich der Niederschwelligkeit des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau sowie Erkenntnisse zu deren Klientinnen und Klienten dargelegt. Bislang fehlt jedoch die Adressatinnen- und Adressatenperspektive respektive die Sicht potenzieller Klientinnen und Klienten des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau. Die vorliegende Arbeit schliesst diese Lücke, indem auf Grundlage der bereits vorliegenden Erkenntnisse zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei Sucht überprüft wird, ob potenzielle Klientinnen und Klienten des Suchtberatungsangebots der

Perspektive Thurgau dieselben beeinflussenden Faktoren nennen oder welche anderen beziehungsweise zusätzlichen, beeinflussenden Faktoren genannt werden.

5.2. Fragestellung

Das dargestellte Erkenntnisinteresse wird in folgende Forschungsfrage übersetzt:

Was sind Faktoren, welche potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der (Nicht-) Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau beeinflussen?

Die Hauptfrage lässt sich in drei Unterfragen aufteilen, welche die Forschungsarbeit leiten:

- Welche Faktoren *fördern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?
- Welche Faktoren *hindern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?
- Welche *angebotsbezogenen* Faktoren fördern potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?

Während die beiden ersten Fragen darauf abzielen, ein besseres Verständnis des Prozesses der Inanspruchnahme der Suchtberatung zu erlangen, bezieht sich die dritte Frage explizit auf das Erkenntnisinteresse, wie das Angebot der Suchtberatung noch besser auf Bedürfnisse von potenziellen Klientinnen und Klienten angepasst werden kann.

Mit dem Begriff *Faktoren* wird bewusst eine Offenheit beibehalten, was schlussendlich die Beeinflussung ist. *Faktoren* können Überzeugungen, Erfahrungen, Erzählungen, das soziale Umfeld, Wissen um Angebote oder Vorstellungen über ein Angebot, Strukturen und vieles mehr sein.

Mit Suchtberatungsangebot ist das klassische Angebot der Suchtberatung gemeint: Die freiwillige Suchtberatung für Direktbetroffene. Das Erkenntnisinteresse wird für eine Komplexitätsreduktion auf dieses Angebot beschränkt und klammert andere Beratungsangebote, wie beispielsweise die Angehörigenberatung oder eine Suchtberatung, welche an Auflagen geknüpft ist, aus.

Mit potenziellen Klientinnen und Klienten sind im Kanton Thurgau lebende Personen gemeint, welche entweder aus Eigen- oder Fremdzuschreibung der Zielgruppe des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau angehören. Als Zielgruppe nennt die Perspektive Thurgau (2021b) Personen mit riskanten Konsumformen oder Verhaltensweisen oder einer Abhängigkeitserkrankung, deren Angehörige und professionelle Drittpersonen. Da Angehörige und professionelle Drittpersonen zur Zielgruppe z.B. der

Angehörigenberatung zählen, jedoch nicht zum Angebot für Direktbetroffene, zählen sie hier nicht zu den potenziellen Klientinnen und Klienten.

Die Master-Thesis fokussiert sich auf die subjektiven Einschätzungen und Wahrnehmungen, welche die potenziellen Klientinnen und Klienten in Bezug auf die Suchtberatung haben. Entsprechend leistet sie keine Analyse des Angebots an sich.

5.3. Forschungsziel

Die Forschungsarbeit hat zum Ziel, von potenziellen Klientinnen und Klienten zu erfahren, was sie im Prozess der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung der Perspektive Thurgau beeinflusst. Durch das bessere Verständnis des Prozesses der Inanspruchnahme der Suchtberatung werden anschliessend Erkenntnisse für die Angebotsentwicklung und Interventionen abgeleitet, um das Angebot der Suchtberatung für potenzielle Klientinnen und Klienten (noch) attraktiver zu gestalten. Im Wissen um die zahlreichen markanten Folgen, welche Sucht mit sich bringt, kommt einem möglichst niederschweligen und bedürfnisgerechten Angebot grosse Bedeutung zu, um den Zugang zu Unterstützungsleistungen für eine vulnerable und von Stigmatisierung betroffene Gruppe zu erleichtern. Bestenfalls nehmen potenzielle Klientinnen und Klienten in einem früheren Stadium der Suchterkrankung professionelle Unterstützung respektive hier die Suchtberatung in Anspruch, womit negative Folgen von Sucht abgewendet werden können. Auf übergeordneter Ebene wird damit ein Beitrag zur Lebensqualität wie auch Gesundheit der Thurgauer Bevölkerung geleistet.

6. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Untersuchung erläutert, um nachvollziehen zu können, wie die Ergebnisse zustande kamen. Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente des Forschungsdesigns erläutert und begründet: Der Feldzugang und das Sampling, die Datenerhebung anhand eines leitfadengestützten Interviews und die Datenauswertung nach der Inhaltsanalyse nach Mayring. Zudem wird jeweils das konkrete Vorgehen im Forschungsprozess aufgegriffen. Abschliessend wird das methodische Vorgehen reflektiert.

6.1. Qualitative Forschung

Für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung wird eine qualitative Vorgehensweise gewählt, anhand welcher die Faktoren, welche Personen bei der (Nicht-) Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots beeinflussen, rekonstruiert und erforscht werden können.

Die qualitative Forschung folgt einem induktiven Vorgehen, bei welchem Hypothesen durch qualitative Befragungen generiert werden, beziehungsweise wie in diesem Fall im Theorieteil herausgearbeitete Hypothesen präzisiert werden (was eine Mischform aus deduktivem und induktivem Vorgehen ermöglicht). Dies im Gegensatz zu einer rein hypothesenüberprüfenden, quantitativen Vorgehensweise (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Helfferich (2019) verweist darauf, dass der Forschungsauftrag in der qualitativen Forschung darin besteht, *Sinn* zu rekonstruieren, z.B. als Wirklichkeitskonzepte oder Wirklichkeitskonstruktionen. «Der Auftrag der qualitativen Forschung ist *Verstehen*» (Helfferich, 2019, S. 21). Konstruktionen, welche implizit im Alltagshandeln der zu befragenden Personen bereits vollzogen werden, werden interpretiert und anhand wissenschaftlicher Begriffsbildungen, sogenannter Konstruktionen zweiten Grades, sichtbar gemacht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 13). Gemäss Przyborski & Wohlrab-Sahr (2019) hat die qualitative Forschung den Vorteil, dass durch eine offene Herangehensweise eines Gegenstandes (wie zum Beispiel durch die persönliche Befragung anstelle eines standardisierten Fragebogens) Faktoren identifiziert werden können, die den zu befragenden Personen selbst nur begrenzt bewusst sind (ebd.).

Die qualitative, rekonstruierende Forschung mit ihrer offenen Herangehensweise eignet sich, um die subjektiven Sichtweisen («Konstruktionen») und somit die Adressatinnen- und Adressatenperspektive zu erfassen. Vor allem bei einem Thema wie der Sucht, welches von Vorurteilen und Stigmatisierung belastet ist, ist die offene und vorurteilslose Haltung der qualitativen Forschung hilfreich. Es ist zudem anzunehmen, dass sich die potenziellen Klientinnen und Klienten die beeinflussenden Faktoren für die (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung selbst nicht umfassend bewusst sind, was diese Entscheidung stützt.

Um möglichst aufschlussreiche Daten zu erhalten, wird eine Befragung von potenziellen Klientinnen und Klienten durchgeführt. Die Daten werden anschliessend in einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Das Datenmaterial wird dabei in seinem Entstehungskontext interpretiert (Mayring, 2015, S. 50), weshalb die Datenerhebung nachfolgend genau erläutert wird.

6.2. Feldzugang und Sampling

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie der Zugang zu den Interviewteilnehmenden geschaffen wurde und wie das Sampling zustande kam.

Die Forschungsfrage bezieht sich auf potenzielle Klientinnen und Klienten des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau. Das Forschungsfeld stellt entsprechend, wie im Kapitel 3 dargestellt, die Bevölkerungsgruppe des Kantons Thurgaus dar, welche eine riskante Konsumform oder Verhaltensweise an den Tag legt oder eine Sucht aufweist.

Beim Sampling ist gemäss Przyborski und Wohlrab-Sahr (2019) auf Kontraste zu achten sowie darauf, eine «Vielfalt der im Untersuchungsfeld vorhandenen Konstellationen zu erfassen» (S. 115). Die zu interviewenden Personen sollen entsprechend möglichst verschiedene der nachfolgend aufgeführten Merkmale aufweisen. Die Auswahl der Merkmale beruht auf Informationen zu Klientinnen und Klienten der Suchtberatung der Perspektive Thurgau (siehe Kapitel 3.3) und auf Informationen des Auftraggebers zur Problemstellung (siehe Einleitung).

- Alter (Jahre)
- Geschlecht: Männlich, weiblich, divers
- Einbindung in soziale Einrichtungen: Entzugsklinik, externer psychiatrischer Dienst, Soziale Dienste, Berufsbeistandschaft, Suchtberatung, keine Einbindung, etc.
- Substanz / Verhalten: Alkohol, Kokain, Cannabis, Heroin, Amphetamine, Onlineverhalten, pathologisches Spielen

Die Interviewteilnehmenden sowie die Grösse des Samplings hängen gemäss Helfferich (2019) in der Praxis häufig von der Zugänglichkeit ab (S. 175). Sie greift in ihrem Buch über die Qualität qualitativer Daten die Zugangswege über Gatekeeper und das Schneeballsystem auf und nennt deren Vor- und Nachteile. *Gatekeeper* stellen Schlüsselpersonen in Institutionen dar, welche potenzielle zu befragende Personen direkt ansprechen und für ein Interview anfragen. Ein Vorteil dabei ist eine Erleichterung des Kontaktes, da eine Vertrauensperson um ein Interview bittet. Nachteile sind, dass eine Verzerrung aufgrund einer Selektion auf Seiten des Gatekeepers stattfinden kann und Fragen des Datenschutzes. Beim *Schneeballsystem* fragt die Autorin Bekannte an, ob sie Personen

kennen, welche die Kriterien für die Interviewteilnahme erfüllen, oder ob sie Personen kennen, die wiederum Personen kennen etc. Hier besteht das Risiko, dass der Rekrutierungskreis zu homogen und eng bleibt. Um die genannten Nachteile gering zu halten, wurde bei der Rekrutierung der Interviewteilnehmenden auf beide Zugangswege zurückgegriffen.

Als Gatekeeper wurden zwei Leitungspersonen von Sozialdiensten im Kanton Thurgau angeschrieben, eine Leitungsperson eines externen psychiatrischen Dienstes und einer Tagesklinik, zwei Leitungspersonen einer Entzugsstation, eine Suchtberatungsperson sowie das Sekretariat der Suchtberatung der Perspektive Thurgau. Es wurde darauf geachtet, möglichst verschiedene Institutionen anzufragen. Zu interviewende Personen konnten schlussendlich über einen Sozialdienst (1), eine Suchtberatungsperson (1) und das Sekretariat der Suchtberatung der Perspektive Thurgau (1) und über zwei Leitungspersonen einer Entzugsstation (je 2) vermittelt werden. Das Interview mit der Person, welche über einen Sozialdienst vermittelt wurde, konnte aufgrund eines Kontaktabbruchs von Seiten der Person nicht stattfinden. Im Schneeballsystem wurde über Bekannte nach Personen für ein Interview gesucht und eine zu interviewende Person gefunden. So wurden insgesamt sieben zu interviewende Personen gefunden. Weitere Versuche, über drei Interviewteilnehmende an weitere zu befragende Personen heranzukommen, blieb erfolglos. Die Autorin wurde nach ihrer Anfrage einer Leitungsperson einer Entzugsklinik in die Morgenrunde der Station eingeladen, wo sie potenzielle Interviewteilnehmende direkt anfragte. Mit dem Auftreten vor Ort beabsichtigte die Autorin mögliche Hemmschwellen zu senken und Interesse zu signalisieren. Zwei Personen waren anschliessend dazu bereit, ein Interview zu führen.

Auf das Sampling wurde durch das Nennen von Kriterien für Interviewteilnehmende Einfluss genommen. Im Kontakt mit Gatekeepern wurden zwei Kriterien für zu interviewende Personen genannt: Erstens ist die Person im Kanton Thurgau wohnhaft und zweitens stellt *Sucht* ein Thema im Leben der Person dar. Die Kriterien wurden zu Beginn des Rekrutierungsprozesses absichtlich offengehalten, um die Chance zu erhöhen, Personen für ein Interview zu gewinnen. Später wurden Kriterien wie das Geschlecht und das Alter hinzugenommen, um mehr Kontraste im Sampling zu erreichen. Hierfür wurde des Weiteren darauf geachtet, Gatekeeper verschiedener Institutionen und Bekannte aus verschiedenen Kreisen anzufragen.

Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) weisen für ein Gelingen der Erhebungs- bzw. Feldarbeit auf die Wichtigkeit von Authentizität, einer kommunikativen Haltung gegenüber Informanten sowie offen vermitteltes Interesse hin (S. 58). Die Autorin setzte bei der Rekrutierung auf eine authentische und offene Kommunikation des Erkenntnisinteresses,

welches sich aus der Forschungsfrage erschliesst. Erstens aus ethischen Gründen, da sich potenzielle Klientinnen und Klienten der Suchtberatung in einer kritischen Lebenssituation befinden können und mit der Sucht und oftmals zusätzlichen anderen Komorbiditäten und sozialen Herausforderungen im Leben konfrontiert sind. Zweitens wurde durch die offene Kommunikation des Erkenntnisinteresses eher erwartet, Interviewteilnehmende zu finden, da die Personen wissen, was im Interview auf sie zukommt. Gleichzeitig wurde durch die Kommunikation des Forschungsinteresses keine Verzerrung der Forschungsergebnisse erwartet.

6.3. Leitfadengestützte Interviews

Es folgt ein genauer Beschrieb der Datenerhebung, welche anhand leitfadengestützter Interviews stattfand. Die Erstellung des Leitfadens sowie die Gestaltung der Interviewsituation werden genauer erläutert. Des Weiteren wird auf die Transkriptionsregeln eingegangen und die Merkmale der Gruppe der Interviewteilnehmenden umrissen.

Die Datenerhebung erfolgte anhand von leitfadengestützten Interviews. Diese eignen sich, wenn einer relativ eng begrenzten Fragestellung nachgegangen wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014), wie dies in der vorliegenden Arbeit der Fall ist. Die Erstellung des Leitfadens orientierte sich an der Anleitung von Helfferich (2019), nach dem Prinzip «so offen wie möglich, so strukturierend wie nötig» (S. 670). Trotz der angestrebten maximalen Offenheit (womit gemeint ist, dass alle Äusserungen möglich sein sollen), wird durch die Fragen das Interview aus Gründen des Forschungsinteresses oder der Forschungspragmatik bis zu einem gewissen Grad gesteuert und eingeschränkt. Zudem dient der Leitfaden der Strukturierung und Rollenzuweisung während der Interviewsituation (Helfferich, 2019).

Die Erstellung des Leitfadens erfolgte in Anlehnung an das *SPSS-Prinzip*: (1) Zuerst werden Fragen zu möglichst vielen Teilaspekten des Forschungserkenntnisses gesammelt. (2) Anschliessend werden die Fragen auf ihre Offenheit und Eignung hin geprüft und einige Fragen gestrichen. (3) Die verbleibenden Fragen werden sortiert und inhaltlich gebündelt. (4) Abschliessend wird für jedes Themenbündel eine möglichst erzählgenerierende Frage gesucht, welcher weitere Aspekte und Fragen untergeordnet (subsumiert) werden (Helfferich, 2019, S. 677–678).

Der vierte Schritt des SPSS-Prinzips wurde bei der Erstellung des Leitfadens weggelassen, da durch das eingegrenzte Erkenntnisinteresse der Leitfaden nach Schritt drei bereits stand. Der Leitfaden enthält neun Fragen und ist in vier Themenbündel gegliedert, welche folgende Aspekte aufgreifen:

(1) Vergangenes Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme von allgemeinen Unterstützungsangeboten, (2) Gründe für und gegen eine Inanspruchnahme einer

Suchtberatung, (3) Vorstellungen und Annahmen über die Perspektive Thurgau und deren Angebote, (4) Allgemeine Abschlussfragen zum Thema. Der Leitfaden beginnt bewusst mit einer offenen und allgemeinen Frage, welche erzählgenerierend wirken soll, wird anschliessend konkreter und öffnet zuletzt die Fragestellung nochmals. Zwischen den Interviews wurden kleine Anpassungen in der Ausformulierung der Fragen vorgenommen, welche den Sinn der Fragen jedoch unverändert lassen. Zudem wurde je nachdem, ob jemand bereits einmal eine Suchtberatung aufgesucht hatte oder nicht, die Fragen in der Zeitform leicht angepasst. Die letzte Version des Leitfadens ist im Anhang zu finden.

Helfferich (2019) verweist darauf, dass die Gestaltung der Interviewsituation mit grosser Sorgfalt verlaufen soll, weil die Güte und Brauchbarkeit von erhobenen Daten von dieser Situation der Datenerhebung abhängen. Erhobenes Datenmaterial ist immer als «Text-im-spezifischen-Entstehungskontext» zu verstehen und als Resultat der Interaktion zwischen der interviewten und der interviewenden Person auszuwerten (S. 684). Für die Gestaltung der Interviewsituation stellt sich die Frage nach dem Ort der Interviewdurchführung. Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) empfehlen hierfür einen Ort, an welchem sich die Interviewteilnehmenden wohl fühlen, weil da das ergiebigste Material zu erwarten ist (S. 63).

Dieser Empfehlung folgend wurde den Interviewteilnehmenden jeweils freigestellt, wo das Interview stattfinden soll. Die Intervieworte fielen unterschiedlich aus: Einmal fand ein Interview im Haus der zu interviewenden Person statt, einmal in ihrem Büro, einmal in einem Raum, der von der Institution zur Verfügung gestellt wurde, in welcher sich die Personen befanden und einmal organisierte die Autorin einen Raum in der Fachhochschule St.Gallen. Im letzten Fall bot die zu interviewende Person an, nach St. Gallen zu kommen, woraufhin die Autorin einen Raum in der Fachhochschule reservierte, damit das Gespräch ungestört und in einem neutralen Raum stattfinden konnte. Von den sechs geführten Interviews handelte es sich bei fünf um Einzelinterviews. Einmal wurde ein Interview mit zwei Personen gleichzeitig geführt aufgrund der Erwartung, dass sich die zu interviewenden Personen durch Aussagen der anderen Person inspiriert fühlten, sie auf die jeweiligen Aussagen eingehen und diese mit eigenen Einschätzungen ergänzen würden. Die Erwartung bestätigte sich nicht, auch wenn sich die beiden Personen vom stationären Setting einer Entzugsstation bereits kannten, in welchem sie sich zum Zeitpunkt des Interviews befanden: Das Interview mit den zwei Personen dauerte kürzer als die meisten Einzelinterviews und die Autorin geht davon aus, dass die beiden in einem Einzelsetting mehr erzählt hätten. Aus diesem Grund wurden anschliessend nur noch Einzelinterviews geführt.

Die Interviews wurden mit einem Sprachaufzeichnungsprogramm aufgenommen und im Anschluss mithilfe des Programms MAXQDA (Version 2022) transkribiert. Die Transkription erfolgte in Anlehnung an die Regeln für in Schweizerdeutsch geführte Interviews von Schallberger, welche in einem Skript zur Lehrveranstaltung *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* im Rahmen des Masterstudiengangs in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule St. Gallen abgegeben wurden (Herbstsemester 2020). Schallberger empfiehlt zu Zwecken einer Inhaltsanalyse eine *sinngemässe* Transkription, welche zum Beispiel bei grammatikalisch oder stilistisch unkorrekter Satzkonstruktionen eine Glättung vorsieht. Die Wahl fiel auf die Transkriptionsregeln nach Schallberger, da sie der Autorin bereits bekannt waren, praktisch in der Anwendung sowie auf die schweizerdeutsche Sprache ausgerichtet sind. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang zu finden.

Es wurden insgesamt sechs Interviews mit sieben Personen geführt. Die interviewten Personen erzählten in den Interviews sehr offen aus ihrem persönlichen Leben und über Herausforderungen im Zusammenhang mit ihrer Sucht. Im Ergebnisteil werden teilweise längere Textpassagen aus den Interviews zitiert. Um die Anonymität der interviewten Personen zu gewährleisten und die Personen zu schützen, werden die Merkmale des gesamten Samplings angegeben und nicht für jede interviewte Person einzeln. Im Verlauf der Arbeit wird jeweils auf die Nummer des Interviews verwiesen. Interview 3 wurde mit zwei Personen gleichzeitig geführt. Ein Interview dauerte im Durchschnitt 37 Minuten.

Unter den Interviewteilnehmenden befinden sich drei Frauen und vier Männer. Das Durchschnittsalter beträgt ca. 40 Jahre, wobei die jüngste Person 26 und die älteste 64 Jahre alt ist. Nach dem Alter wurde nicht explizit gefragt, weshalb bei den Personen, welche dieses nicht von sich aus nannten, das Alter in Abgleich mit ihren Erzählungen geschätzt wurde. Von den sieben Interviewteilnehmenden waren vier bereits (mindestens) einmal in der Suchtberatung der Perspektive Thurgau; drei davon freiwillig, eine Person aufgrund Auflagen des Strassenverkehrsamtes. Zwei Personen besuchten bereits eine Suchtberatung eines anderen Kantons und zwei Personen waren noch nie in einer Suchtberatung. Sechs der sieben Personen waren bereits mindestens einmal in einer stationären Entzugsklinik, eine Person hatte einen Entzug während eines Spitalaufenthaltes gemacht. Zu den Substanzen, auf welche sich die Sucht bezieht oder sich in der Vergangenheit bezog, gehören (in der Klammer wird jeweils die Anzahl Personen angegeben): Alkohol (6), Medikamente (3), Nikotin (3), Kokain (2), Heroin (1), Methadon (1). Weiter gaben die Interviewteilnehmenden an, in der Vergangenheit und / oder Gegenwart bereits mit folgenden Institutionen in Kontakt gewesen zu sein: Psychiater:in (4), externer psychiatrischer Dienst (2), Invalidenversicherung (1), sozialpädagogische Familienbegleitung (1), Sozialhilfe (1), Jugendanwaltschaft (1).

6.4. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Dieses Kapitel widmet sich der Datenauswertung, deren Vorgehen im Folgenden erläutert wird. Die Datenauswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, da es diese Datenauswertungsmethode ermöglicht, mit einem strukturierten Vorgehen die zu interessierenden Aspekte gemäss der Fragestellung aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Dabei wird nach empirisch und theoretisch sinnvollen Kriterien *Ordnung* ins Datenmaterial gebracht (Mayring, 2015, S. 24).

Es wurde eine inhaltliche Strukturierung mit einer deduktiven Kategorienanwendung vorgenommen. Die Strukturierungsdimensionen (Hauptkategorien) entstehen dabei aus der Ableitung der Theorie (Mayring, 2015, S. 97). Bei der Bestimmung der (Unter-) Kategorien oder Ausprägungen der Hauptkategorien kam ein deduktiv-induktives Vorgehen zum Zug, welches deduktiv durch die Fragestellung wie auch Theorie (Saunders und Schwarz) geleitet und anschliessend induktiv durch das Material angepasst und ergänzt wurde. Mayring (2015) beschreibt folgendes Vorgehen für die inhaltliche Strukturierung (S. 98 und S. 104):

1. «Bestimmen der Analyseeinheiten»
2. «Theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien»
3. «Bestimmung der Ausprägungen (theoriegeleitet),
Zusammenstellung des Kategoriensystems»
4. «Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den
einzelnen Kategorien»
5. «Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung»
6. «Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen»
7. «Überarbeitung, gegebenenfalls Revision von Kategoriensystem und
Kategoriendefinition (dann zurück zu Schritt 3)»
8. «Paraphrasierung des extrahierten Materials»
9. «Zusammenfassung pro Kategorie»
10. «Zusammenfassung pro Hauptkategorie»

Als Analyseeinheiten wurden die sechs durchgeführten Interviews bestimmt. Die Hauptkategorien wurden anhand der Theorie nach Saunders (2006) hergeleitet. Konkret entsprechen die Hauptkategorien den Stufen des Vier-Schritte-Prozesses bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei einer Alkoholabhängigkeit (Saunders et al., 2006, S. 262). Zusätzlich dazu wurde aufgrund der Fragestellung der Schritt «Inanspruchnahme der Suchtberatung» hinzugefügt. Die Hauptkategorien wurden gemäss der Fragestellung in für die Inanspruchnahme der Suchtberatung förderliche und hinderliche Faktoren geordnet, was folgende Hauptkategorien ergab:

Förderliche Faktoren:

- Problemerkennung
- Entscheidung, dass Veränderung notwendig ist
- Entscheidung, dass professionelle Unterstützung notwendig ist
- Inanspruchnahme professioneller Unterstützung
- Inanspruchnahme der Suchtberatung

Hinderliche Faktoren:

- Keine Problemerkennung
- Alternative Bewältigungsstrategie
- Nicht-Inanspruchnahme professioneller Unterstützung
- Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung

Die (Unter-) Kategorien entstanden anschliessend aus einem deduktiv-induktivem Verfahren: Die Vorkenntnisse aus den Studien Saunders (1993; 2006) sowie aus dem HAPA-Modell (Schwarzer et al., 2011) leiteten die Kategorienbildung. Anschliessend wurde das Kategoriensystem anhand des Materials angepasst (siehe Punkt 7 im Ablauf nach Mayring) und Kategorien, welchen keine Textpassagen aufwiesen, wieder gelöscht. Die Textpassagen wurden anhand dieser Kategorienanwendung der jeweiligen Kategorie zugeordnet.

Jeder Hauptkategorie wurde eine Kategorie «Weitere Faktoren» angefügt, um der qualitativen Forschung auszeichnenden Offenheit Rechnung zu tragen und hier all jene Textpassagen zu erfassen, welche nicht in die theoriegeleiteten Kategorien passten.

Die Kategorien stellen subjektiv beeinflussende Faktoren dar, die mit den Prozessschritten zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung aufgrund des Suchtproblems in Verbindung stehen. Diese können angebots- oder personenbezogene hinderliche oder förderliche Faktoren darstellen, es können Gründe oder Einstellungen sein, sowie auch andere Faktoren wie alternative Bewältigungsstrategien.

Das Kategoriensystem ist im Anhang zu finden. Die Ankerbeispiele wurden aus Platzgründen im Anhang weggelassen.

6.5. Reflexion des methodischen Vorgehens

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden qualitativen Forschung kritisch reflektiert.

Bezüglich des Samplings ist anzumerken, dass sich zwar Personen für das Interview finden liessen, welche noch nie eine Suchtberatung aufgesucht hatten, jedoch keine Person, welche noch nie eine professionelle Unterstützung aufgrund ihres Konsums, Verhaltens

oder ihrer Sucht in Anspruch genommen haben. Alle Interviewteilnehmenden haben aufgrund ihrer Sucht bereits zumindest einmal professionelle Unterstützung in Anspruch genommen. Daraus lässt sich ableiten, dass sie zumindest einmal die motivationale und volitionale Phase durchlaufen haben (gemäss HAPA, siehe Kapitel 2.1.5), um aktiv ihr (Konsum-) Verhalten zu verändern. Sechs der sieben interviewten Personen wurden über einen Gatekeeper eines professionellen Unterstützungsangebots für Suchtprobleme gefunden. Über Unterstützungsangebote, welche nicht direkt suchtbefugten sind, wurde niemand gefunden, beziehungsweise zog sich eine Person wieder zurück. Die Gründe, dass alle Interviewteilnehmenden bereits professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben, sieht die Autorin in der Schwierigkeit der Zugänglichkeit von Personen, welche noch nie eine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben: Scham und Angst vor Stigmatisierung könnten dazu führen, dass nicht mit einer fremden Person über das Thema Sucht gesprochen werden möchte. Vielleicht hat die Person noch nie mit jemandem über das Thema gesprochen oder es liegt keine Problemerkennung vor. Hier ist zudem anzumerken, dass für die Interviews konkret nach Personen gesucht wurde, in wessen Leben *Sucht* (und nicht einen risikoreichen Konsum) eine Rolle spielt. Personen, die ihren Konsum nicht als süchtig einstufen, fühlten sich wohl nicht angesprochen. Der Vorteil, dass die Interviewteilnehmenden bereits eine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben, liegt daran, dass sie aus ihrer Vergangenheit und dem Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung berichten konnten.

Bei der Forschung an Personen sind stets ethische Aspekte miteinzubeziehen, besonders wenn es sich um vulnerable Gruppen wie in diesem Fall handelt. Hopf (2000, zit. in Helfferich, 2011) verweist in Bezug auf die Ethik auf die beiden Prinzipien der „informierten Einwilligung“ und der „Nicht-Schädigung“. Ersteres bedeutet, dass die Interviewteilnehmenden über alles informiert sein müssen, was im Anschluss an das Interview mit ihren Erzählungen geschieht und sie müssen damit einverstanden sein. Zweiteres meint, dass die Personen durch die Teilnahme am Interview keine Nachteile in irgendeiner Form erleben und keinen Gefahren ausgesetzt werden dürfen (S. 190). Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten, indem jeweils vor dem Interview über die Forschung aufgeklärt wurde und die Interviewteilnehmenden eine Einverständniserklärung unterschrieben. Nachteile oder Gefahren durch die Interviews sind auch dank der Anonymisierung der Daten nicht zu erwarten.

Im Rahmen der Einleitung des Interviews sagte die Autorin jeweils, dass sie bis Sommer 2022 in der Perspektive Thurgau als Suchtberaterin tätig war und das Interview als Studentin und Forscherin führe (siehe Anhang B: Interviewleitfaden). Damit wollte sie Authentizität gewährleisten, was Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) für eine gelingende Datenerhebung voraussetzen (S. 58) und für mehr Rollenklarheit sorgen. Mit der

Information wurde die Verbindung zur Organisation offengelegt und gleichzeitig dargelegt, wie es zum Thema und Auftrag der Master-These gekommen ist. Wahrscheinlich aufgrund dieser Information nahmen die Interviewteilnehmenden die Autorin jedoch teilweise als Teil der Organisation wahr, was sich in Aussagen bemerkbar machte wie «Ich weiss nicht ob ihr (...)» [die Perspektive Thurgau] (I_5, Z363f). Es ist daher möglich, dass sich durch diese Information die Interviewteilnehmenden mit kritischen Aussagen, welche die Perspektive Thurgau betrafen, in Zurückhaltung übten. Gleichzeitig ist es möglich, dass die Information, dass die Interviewerin ehemals als Suchtberaterin tätig war, zu mehr Offenheit im Gespräch führte, da ihr das Thema bereits vertraut war. Durch die ehemalige Tätigkeit als Suchtberaterin in der Perspektive Thurgau profitierte die Autorin von verschiedenen persönlichen Kontakten zu Fachpersonen in professionellen Unterstützungsangeboten im Kanton Thurgau. Die Autorin hatte somit einen erleichterten Zugang zu suchtspezifischen Unterstützungsangeboten und womöglich einen Vertrauensvorschuss, was die Rekrutierung erleichterte.

Mayring (2015) sieht die Stärke seiner qualitativen Inhaltsanalyse im «systematischen, regelgeleiteten Vorgehen», welches jedoch jeweils an den konkreten Forschungsgegenstand angepasst werden soll. Eine Grenze sieht er unter anderem bei Untersuchungen mit einem stärker explorativen Charakter (S. 130 – 131). Es findet im eingeschlagenen Vorgehen mit der inhaltlichen Strukturierung wenig übergeordnetes Interpretieren der gemachten Aussagen statt – die Aussagen werden meist wörtlich genommen und in ihrem Inhalt nicht hinterfragt. Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass so keine Verzerrung durch Interpretationen der Autorin stattfinden und die Adressaten- und Adressatinnenperspektive ernst genommen wird, dem Ziel der vorliegenden Arbeit dient.

7. Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel umfasst die Ergebnisse der Datenanalyse und deren Diskussion. Für eine möglichst hohe Nachvollziehbarkeit, wie die Ergebnisse zustande kamen, werden diese jeweils mit Aussagen aus den Interviews unterlegt. Weiter folgt eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse, welche anschliessend in Bezug zum bereits dargelegten Forschungsstand gesetzt werden.

7.1. Ergebnisse aus den Interviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt. Die Ergebnisdarstellung ist in drei Kapitel gegliedert. In jedem Kapitel werden jeweils die Ergebnisse einer der Fragestellungen aufgegriffen:

- Welche Faktoren *fördern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?
- Welche Faktoren *hindern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?
- Welche *angebotsbezogenen* Faktoren fördern potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?

Je Fragestellung werden auserlesene, besonders gehaltvolle Aussagen aus den Interviews zitiert, welche den gebildeten Kategorien zugeordnet wurden. Die Kategorien werden im Folgenden in Tabellen aufgeführt. Zusätzlich werden die Inhalte pro Hauptkategorie zusammengefasst.

Bei allen Textpassagen wird jeweils angegeben, aus welchem Interview (abgekürzt mit *I*) diese stammen. Zusätzlich wird die Zeile der Transkription (abgekürzt mit *Z*) angegeben. Die Abkürzung *ff* steht dabei für *fortfolgende* (mehr als eine folgende Zeile) und *f* für *folgende* (eine Zeile folgend). Da alle interviewten Personen eine Substanzsucht im Gegensatz zu einer Verhaltenssucht aufweisen, wird im Kapitel 7 der Ergebnisdarstellung nicht auf die Varianten risikoreicher oder süchtiger Konsum beziehungsweise Verhalten verwiesen, sondern es wird bei Sucht von einem Substanzkonsum ausgegangen.

7.1.1. Förderliche Faktoren

Die Tabelle 1 zeigt die Kategorien der förderlichen Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung und Suchtberatung gemäss dem erstellten Kategoriensystem. Im Folgenden werden die Aussagen aufgegriffen und erläutert, welche diesen 16 Kategorien zugeordnet wurden. Die grau eingefärbte Kategorie enthält Aussagen zu angebotsbezogenen Faktoren. Diese wird im entsprechenden Kapitel 7.1.3 erläutert.

Hauptkategorien	Kategorien
1 Problemerkennung (PE)	1.1 Probleme (psychisch, physisch, sozial) 1.2 Selbstständige Problemerkennung 1.3 durch professionelle Dritte
2 Entscheidung, dass Veränderung notwendig ist	2.1 Risikowahrnehmung
3 Entscheidung, dass professionelle Unterstützung notwendig ist	3.1 Leidensdruck
4 Inanspruchnahme professioneller Unterstützung	4.1 Motivation 4.2 Empfehlung soziales Umfeld 4.3 Empfehlung professionelle Dritte 4.4 Positives Erleben professioneller Unterstützung 4.5 Weitere Faktoren
5 Inanspruchnahme der Suchtberatung (SB)	5.1 Motivation 5.2 Positive Nutzenerwartung 5.3 Positives Erleben der SB 5.4 Empfehlung soziales Umfeld 5.5 Empfehlung professionelle Dritte <i>Angebotsbezogene förderliche Faktoren</i> 5.6 Weitere Faktoren

Tabelle 1: Kategoriensystem förderliche Faktoren, eigene Darstellung

1.1 Probleme

Insgesamt 40 Textstellen entsprechen Berichten über Probleme, dazu gehören Aussagen über psychische Komorbiditäten (8), physische Leiden (15) und soziale Herausforderungen (17) im Leben. So wird berichtet: «(..) wegen meiner Psyche, weil ich doch immer wieder so in die Löcher reingefallen bin und das Gefühl gehabt habe, ich schaffe mein Leben einfach nicht.» (I_1, Z96ff).

Einige Probleme werden in direktem Zusammenhang mit dem Konsum gesehen, einige davon als Folgen des Konsums: «(..) und ja ich habe dann schon gemerkt, also das hat natürlich zu Problemen geführt. Einerseits im persönlichen Umfeld aber natürlich auch ähm gesundheitlich. Also ich habe ähm mit der Leber und mit der Bauchspeicheldrüse Probleme gehabt.» (I_2, Z31ff). Und: «Ja und vor allem geht es ans Finanzielle eben» (I_5, Z35ff).

Andere Probleme wiederum werden als Auslöser des Konsums gesehen: «Ich möchte jetzt nicht dem ADHS Schuld geben aber, aber hätte man das früher gemerkt und ich hätte einfach das Concerta genommen, ich wäre glaub nicht in die Lage gekommen» (I_4, Z321ff). Jemand anderes erzählt: «und dann habe ich also immer wieder so Schmerzen gehabt, also das ist auch noch etwas gewesen in meinem Leben» (I_1, Z109ff).

1.2 Selbstständige Problemerkennung

Drei Aussagen wurden der Kategorie der selbstständigen Erkennung des Konsums als Problem zugeordnet, wie diese: «Ich habe dann irgendwann gemerkt mir reicht es nicht mehr, ich kann nicht mehr [auf]hören. Und ich habe das aber lange irgendwie immer wieder können auch...es ist wieder auch besser gegangen und...und irgendwann habe ich dann das Gefühl gehabt das ist...das ist nicht mehr gut» (I_1, Z52ff).

1.3 Problemerkennung durch professionelle Dritte

Drei Aussagen wurden der Kategorie *Problemerkennung durch professionelle Dritte* zugeordnet. Dazu gehört die Aussage: «(...) in der Schulter einen Splitterbruch. Also ich bin einfach so blöd gefallen irgendwie. Und dann habe ich müssen in den Spital in so OP und und und. Und die haben anhand der Werte schon gesehen: Das ist nicht mehr gesund, was der an Alkohol getrunken hat» (I_4, Z30ff).

Hauptkategorie 1: Problemerkennung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die interviewten Personen über zahlreiche und verschiedenartige Probleme im Leben berichten. Dazu gehören psychische und physische Leiden sowie andere soziale Herausforderungen. Davon sind einige Probleme Auslöser für den Konsum, andere wiederum Folgen des Konsums. Die Erkennung des Problems fand zum Teil selbstständig, zum Teil durch professionelle Dritte statt.

2.1 Risikowahrnehmung

Als mögliche, aus dem Konsum resultierende, negative Folgen werden Beziehungskonflikte oder -abbrüche mit dem sozialen Umfeld (I_5, Z415ff) oder der Partnerin genannt (I_4, Z228ff). Zudem werden physische (I_5, Z421ff) und psychische Risikofaktoren (I_5, Z424f) genannt sowie das Risiko zu sterben (I_5, Z17f; I_4, Z229f).

«Eben also ich wirklich als zu Hause die Diskussion so wild geworden ist oder respektive ich habe dann gewusst, ich muss jetzt gehen und sonst verliere ich meine Freundin oder..vielleicht auch mein ganzes Leben..» (I_4, Z228ff).

Weiter wurde das Risiko genannt, dass aus einem Verhalten, welches während des Konsums an den Tag gelegt wurde, lebenslange negative Folgen resultieren könnten:

«Nein das ist wirklich so weil, du machst wirklich viel kaputt. Das ist es ja, du machst ja nicht nur du, du machst alles kaputt, das ganze Umfeld. Und eben, vielleicht bist du betrunken und überfährst ein Kind und äh, dann hast du das Leben lang ein Problem, wegen so einem Scheissdreck der eigentlich, gar nicht müsste sein» (I_5, Z215ff).

Als weiteren Risikofaktor wurde genannt, sich weiter in Probleme und die Sucht zu verstricken und immer wieder einen Entzug durchlaufen zu müssen. Eine Person erzählt von Erfahrungen auf einer Entzugsstation: «Dann tut es dir wieder mal die Augen auf und 'hei, einfach aufhören. Weil so möchtest du sicher nicht enden', ja. //ja// das ist noch gut, wenn du mal so Leute siehst, eigentlich» (I_5, Z281ff).

Hauptkategorie 2: Entscheidung, dass Veränderung notwendig ist

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Risiken, welche aufgrund des Konsums wahrgenommen werden, vielfältig sind. Gemeinsam ist den Risiken, dass sie allesamt bei Eintreffen gravierende Einschnitte im Lebensverlauf darstellen. Genannt werden die Risiken Beziehungsabbrüche, weitere psychische, physische und soziale Verschlechterungen und gar der Tod.

3.1 Leidensdruck

Eine Person beschreibt, wie sie aufgrund ihres Leidens die Entscheidung traf, Unterstützung in Anspruch zu nehmen: «Weil äh, im Geschäft habe ich es nicht gut gehabt, habe Depressionen gehabt, Selbstmordgedanken und alles so Scheissdreck und dann habe ich gesagt 'nein jetzt muss ich etwas haben'» (I_5, Z21ff). Eine andere Person betont, dass der Leidensdruck für sie ausschlaggebend war, aus der Sucht herauszukommen: «Ich wäre auch nicht aus dem Kreis rausgekommen. Wäre ich dort nicht, ich glaube nicht mal der Krampfanfall allein hätte gereicht. Weil dann hätte ich mich einfach kurz erholt, zwei, drei Tage später hätte ich doch wieder gesoffen. Mir hat es richtig gut getan, dass ich bewegungsunfähig gewesen bin mit der Schulter und die paar Tage auch im Spital, die schwere OP, die hab ich müssen machen» (I_4, Z127ff).

Weiter werden multiple Probleme (wie unter Problemerkennung aufgelistet) genannt, welche nebeneinander vorkommen (I_5, Z77ff) und so zu einem Leidensdruck führen. Der Leidensdruck wird beschrieben mit «Abstürzen» (I_1, Z162; I_3, Z26f), «am Boden gewesen» (I_5, Z79f) und «ich habe es fast nicht mehr ausgehalten und ich habe nicht mehr gekonnt (...) nicht mehr Leben wollen (sehr leise)» (I_1, Z204ff).

Hauptkategorie 3: Entscheidung, dass professionelle Unterstützung notwendig ist

Zusammenfassend wird von einem grossen Leidensdruck berichtet, welcher in einigen Fällen in direktem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Unterstützung steht.

4.1 Motivation für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Als Motivation, eine professionelle Unterstützung (ohne Suchtberatung) in Anspruch zu nehmen, wird genannt, dass eine Abstinenz angestrebt wird, was diese Aussage zeigt: «Jetzt möchte ich den Alkohol aufhören, ja. //ja// komplett abstinent» (I_6, Z69ff). Weitere Motive sind eine Verbesserung der Beziehung zur Tochter («Ja und die Tochter ist natürlich ein Grund gewesen um //das zu machen// das zu machen, ja» (I_5, Z95ff)) und ein Kontrollverlust über den Konsum («Als ich dann eben immer wieder abgestürzt bin und das nicht mehr in den Griff bekommen habe mit dem Alkohol» (I_1, Z161ff)).

4.2 Empfehlung des sozialen Umfeldes, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen

Eine Person berichtet, dass sie sich auf der Gasse beraten liess bezüglich der Wahl der professionellen Unterstützung: «Tatsächlich habe ich mich so auf der Gasse denn halt, ich bin ja viel auf der Gasse gewesen, und dann hat eine Kollegin mal so gesagt: 'Ja, geh mal nach (Ort der Entzugsklinik)» (I_2, Z300ff). Auch eine andere Person kennt Angebote vom Freundeskreis: «Ich sag jetzt mal je älter du wirst, desto mehr kennst du dann auch solche Angebote und auch vom Kollegenkreis. Weil du bist ja meistens nicht der einzige Süchtige unter deinen Freunden, oder» (I_3, Z312ff). Weiter betont die Person die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes für die Inanspruchnahme von Unterstützung: «Dann brauchst du jemanden, der dich an der Hand mitnimmt, wenn du es selbst nicht mehr schaffst. Weil meistens rufst du ja erst dann an, wenn es wirklich zu spät ist» (I_3, Z239ff).

4.3 Empfehlung Inanspruchnahme professioneller Unterstützung durch professionelle Dritte

Empfehlungen für (weitere) professionelle Unterstützung kamen einmal von einer Lehrerin (I_1, Z21f). Des Weiteren haben in zwei Fällen Suchtberatungspersonen in eine Entzugs- oder psychiatrische Klinik verwiesen (I_2, Z42ff; I_3, Z72ff). In einem Fall hat ein Psychiater eine Empfehlung für eine Entzugsklinik gemacht, dies unter Androhung einer Zwangseinweisung, falls die Person nicht freiwillig gehe (I_1, Z206ff). In einem Fall haben ein Hausarzt und ein Spital eine Empfehlung zu einer ambulanten psychiatrischen Begleitung und einen Aufenthalt in einer Entzugsklinik gemacht (I_4, Z34ff).

4.4 Positives Erleben professioneller Unterstützung

Diese Kategorie entstand aufgrund der Annahme, dass positive Erfahrungen professioneller Unterstützung einen positiven Einfluss auf die *Nutzenerwartung* eines Unterstützungsangebots haben, was wiederum ein förderlicher Faktor darstellt (siehe Kapitel 4.2). Insgesamt sechs Aussagen handeln von positivem Erleben professioneller Unterstützung (ohne Suchtberatung), wobei vier davon von Entzugskliniken handeln (I_3, Z249ff; I_5, Z111; I_6, Z64ff), wie die folgende Aussage: «Ich habe mich auch erst zum

ersten Mal dann auf eine Klinik eingelassen, selbst von mir aus, im 2020 hat, im März habe ich einen Heroinentzug gemacht, also auf Methadon. Erfolgreich. Und das hat mir dann auch gezeigt, dass es Kliniken gibt, die gut sind» (I_6, Z24ff). Dies animierte die Person dazu, auch eine Entzugsklinik bezüglich anderer Substanzen aufzusuchen.

Eine andere Aussage handelt von allgemeiner professioneller Unterstützung («Habe ich wirklich gute Hilfe gefunden bezüglich meiner Ängste» (I_2, Z216f)) und eine von der medikamentösen Unterstützung bei einem Entzug («Also man kommt halt auch besser davon weg, am Anfang ist das einfach so, wenn sie dir Medikamente geben» (I_4, Z300ff)).

4.5 Weitere Faktoren

Diese Kategorie enthält eine Aussage, welche die Entwicklung einer eigenen Haltung und gleichzeitiger Überwindung des Einflusses des sozialen Umfeldes aufzeigt: «(...) ich diese Einstellung schon von meinem Vater übernommen habe. Er hat immer gefunden, so Psychologie ist alles Hokuspokus...Ja. Und..auch Kliniken und so, bringt nichts, da kommt man noch schlimmer raus als man rein geht. //okay// Und ja, er hat jetzt auch ein bisschen eine andere Einstellung, hat sich dann, meine Meinung hat sich halt erst mit der Zeit dann gebildet oder. Meine eigene Meinung. Durch das Alter» (I_6, Z19ff).

Hauptkategorie 4: Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Zusammenfassend werden der Wunsch einer Konsumveränderung oder Abstinenz, der Wunsch nach Verbesserung von Beziehungen oder ein Kontrollverlust über den Konsum als Motive für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung genannt. Das soziale Umfeld hat im Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung eine beratende Funktion bezüglich des Unterstützungsangebots. Zudem nimmt es die Funktion der Begleitung und Unterstützung ein, wenn es darum geht, das professionelle Unterstützungsangebot aufzusuchen. Nichtsdestotrotz wurde gezeigt, dass das soziale Umfeld einen negativen Einfluss bezüglich der Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung haben kann. Professionelle Unterstützungsangebote werden zudem von anderen Fachpersonen (Lehrer, Ärzte, Suchtberatungspersonen, Psychiater) empfohlen und triagiert. Es wurde berichtet, wie positives Erleben eines professionellen Unterstützungsangebots einen positiven Einfluss auf die Nutzenerwartung anderer – in diesem Fall Entzugskliniken – hatte. Zudem wurde die medikamentöse Unterstützung bei einem Entzug als positiv erlebt.

Des Weiteren wurde gezeigt, dass die Entwicklung und die damit einhergehende Herausbildung einer eigenen Meinung – mit gleichzeitigem Ablegen von Einstellungen, die vom sozialen Umfeld übernommen wurden – einen förderlichen Faktor bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung darstellt.

5.1 Motivation für die Inanspruchnahme der Suchtberatung

Es werden verschiedenen Motive genannt, welche für die Inanspruchnahme einer Suchtberatung sprechen: Zum einen ist dies der Wille, seinen Konsum zu verändern, wie beispielsweise einen Rauchstopp herbeizuführen (I_4, Z242ff). Dabei wird der freie Wille, im Sinne einer intrinsischen Motivation, betont: «Es müssen Personen sein, die das wollen» (I_6, Z98f).

Weiter wird eine Unzufriedenheit oder einen Kontrollverlust über seinen Konsum als Motive für die Inanspruchnahme der Suchtberatung genannt (I_2, Z558ff, Z410ff, Z445ff): «Ich habe es einfach am Wochenende wieder gemerkt. Ich bin nicht zufrieden. Ich habe doch das Gefühl ich habe einen Kontrollverlust erlitten bis zu einem gewissen Grad» (I_2, Z454ff).

Zudem wird die Suchtberatung als Alternative zu einem stationären Aufenthalt angeschaut, um diesen zu verhindern. Eine Person wollte einen Klinikaufenthalt aufgrund ihrer Kinder verhindern («ich habe einfach geschaut was es so ambulant halt gibt, weil ich eben halt drei Kinder habe und nicht grad..ich bin schon mehrmals in einer Klinik gewesen und dazumal habe ich nicht gerade schon wieder gewollt..» (I_3, Z41ff)), eine andere Person, weil sie «Horror» davor hatte (I_2, Z7ff, Z245ff, Z37ff)). Auch die Passung wird als Grund genannt: «Weil eine Klinik, wieso jetzt auch. Für das geht es mir jetzt wirklich zu gut» (I_2, Z585f).

Eine Person ging sich die Suchtberatung «mal anschauen» (I_3, Z41f): «Jetzt nicht irgendwie motiviert oder irgendetwas, ich habe einfach gedacht, ich gehe das jetzt mal anschauen» (I_3, Z47f).

Weiter wird genannt, dass die Suchtberatung aufgesucht wurde, damit es vordergründig so aussieht, als ob das Problem behandelt wird. Sei dies dem sozialen Umfeld gegenüber (I_4, Z228ff; «Also sie hatte mich schon lange gestresst gehabt, um zu gehen, und dann gedacht das ist jetzt das kleinere Übel dort hinzuhocken eine Stunde weder die Diskussion immer zu haben, ob ich soll gehen. Aber das hat lange gedauert, bis ich dann gesagt habe 'okay, ich gehe'» (I_4, Z20ff); «aus Gründen wie eben zum Beispiel, dass..irgendjemand zu Hause ruhig ist» (I_4, Z409f)) oder sich selbst gegenüber (I_2, Z294ff; «Ja ich bin auch eine gescheite gewesen, ich habe den Therapeuten vollgetextet und so, ich und habe es eigentlich, vieles habe ich wirklich gemacht um einfach Schlimmeres zu verhindern und ich habe mich auch lange mich auf (Name einer Suchtberatung) ausgeruht. 'Hei ich gehe in die Suchtberatung, ich mache das, ich stehe zu meinem Problem'» (I_2, Z246ff)).

5.2 Positive Nutzenerwartung der Suchtberatung

Unabhängig davon, ob jemand bereits einmal eine Suchtberatung aufgesucht hat oder nicht, wird ihr von den interviewten Personen in folgenden Situationen einen positiven Nutzen zugeschrieben:

Jemand sieht die Suchtberatung vor allem für Eltern im Sinne einer Angehörigenberatung als hilfreich an (I_3, Z356ff): «Ich denke dort bist du eher, wenn du als Eltern betroffen bist, oder. Wenn du siehst 'scheisse, dein Kind nimmt Drogen' oder so, dass du dich dort kannst beraten lassen» (I_3, Z352ff).

Eine andere Person sieht die Suchtberatung als hilfreich an für Personen mit einem risikoreichen Konsum (I_2, Z366ff), oder wenn es um eine Schadensminderung geht (I_2, Z366ff). Eine Person spricht der Suchtberatung einen schadensmindernden Effekt zu: «Es müssen Personen sein die das wollen. Weil dann, dann kann es sinnvoll sein oder wenigstens mal hilfreich, dass man wenigstens einen Schritt, einen Schritt weiterkommt. Vielleicht, vielleicht hilft es nicht, dass man komplett...sauber ist oder so, aber dass man vielleicht für eine Zeit lang reduziert oder, merkt dass man vielleicht, das Gehirn noch nicht ausgewachsen ist in dem Alter, dass man sollte vielleicht, ja schauen, was man raucht und nicht einfach alles rauchen. Und nicht die ganze Zeit, am Morgen schon, oder sich sagen ich rauche nur am Wochenende, oder nur am Abend. So, da, das denke ich, da kann die Perspektive helfen» (I_6, Z98ff). Auch für eine Konsumeingrenzung (I_6, Z158ff) und für einen Konsumstopp von THC (I_6, Z92ff) sieht die Person die Suchtberatung als hilfreich an.

Jemand spricht dem Angebot einen positiven Nutzen zu, um sich seines Konsums bewusst zu werden und ein Konsumziel zu erarbeiten («Aber so als Lockangebot für Leute die noch gar nicht wissen, wo sie sich genau sehen..finde ich das eigentlich nicht schlecht» (I_2, Z380ff)), welches einen kontrollierten Konsum darstellen kann: «Aber ich finde es gut dass die Suchtberatung auch für solche Themen offen ist, ich glaube ganz viele Leuten möchten, möchten ihren Konsum auch nicht ganz loslassen. Mich hat genau das Angebot quasi dann auch in der Suchtberatung gereizt, quasi die Hoffnung äh..du musst ja fürs erste nicht ganz aufhören» (I_2, Z353ff).

Einen positiven Nutzen wird dem Angebot weiter bei der poststationären Begleitung zugeschrieben und für die Rückfallprävention (I_3, Z275ff): «Nein und ich finde das schon ääh..eine gute..Möglichkeit. Wenn man eben auch aus der Klinik kommt und nicht weiss, ja wie mache ich das jetzt am besten und wie kann ich überhaupt trocken bleiben oder clean bleiben. Es geht ja dann viel auch um das....» (I_1, Z328ff). Zudem könne durch die Gespräche in der Suchtberatung der Suchtdruck gelindert werden (I_3, Z280ff).

Eine Person sieht den Nutzen vor allem in der Triage (I_3, Z254ff) und als Informationsvermittlung von möglichen Angeboten: «Ich finde es eben noch eine gute Anlaufstelle, um zu schauen, was was kann es dir nachher geben. Also was gibt es nachher für Angebote..für dich» (I_3, Z247ff).

Zusätzlich wird der Suchtberatung grundsätzlich eine Unterstützung in diversen Lebensthemen zugeschrieben: «Es könnte ja auch noch sonst einfach unterstützend sein, auch für..auch sonst fürs Leben und das Allgemeine» (I_1, Z254).

5.3 Positives Erleben der Suchtberatung

In der Suchtberatung (Perspektive Thurgau und andere Suchtberatungsfachstellen) wurde die Ehrlichkeit als positiv erlebt («Auch wie (Name der Beratungsperson) immer knallhart ehrlich zu mir gewesen ist. Das habe ich richtig gebraucht» (I_4, Z270f)) und emotional aufgefangen zu werden («Mir ist es meistens nachher besser gegangen. (...) und (Name der Beratungsperson) hat mich wieder irgendwie aufgefangen» (I_1, Z312ff)). Zudem wird die Arbeit mit verschiedenen Ansätzen geschätzt: «Es wird auf alles eingegangen und, wirklich super. Und auch, auch mit verschiedenen Ansätzen wird gearbeitet also wirklich» (I_4, Z451f). Konkret erwähnt wird in diesem Zusammenhang die Arbeit mit der App NoA [No Addiction-Coach]⁶ mit der Möglichkeit, mit der Beratungsperson zu chatten (I_2, Z273ff).

5.4 Empfehlung Inanspruchnahme der SB durch das soziale Umfeld

Zwei Interviewteilnehmende berichten davon, wie sie vom sozialen Umfeld zur Inanspruchnahme der Suchtberatung animiert wurden. Eine Person von der Partnerin: «Eigentlich ist es mehr gewesen, weil meine Partnerin deräwäg [sehr] gestresst hat und gesagt du musst jetzt einfach gehen» (I_4, Z18ff). Und eine andere von einem Freund: «Und ääh..der eine Kolleg der hat mich dann wirklich..der hat mich dann wirklich eigentlich so ein bisschen an der Hand müssen nehmen. Gesagt 'hey, ich kann dir nicht mehr zuschauen, jetzt nehme ich dich mit, jetzt gehen wir'...und ich habe einfach müssen sagen 'okay'. Ich habe eh nicht mehr so einen freien Willen gehabt sozusagen also man hat mich..also ich bin einfach nur noch..existiert und funktioniert» (I_3, Z109ff). Ohne Freund wäre diese Person nicht in die Suchtberatung gegangen: «Also ich wäre jetzt nicht alleine dort hingegangen..ich habe dort auch wirklich von einem guten Freund Unterstützung bekommen der mich quasi an der Hand genommen hat und mit mir dort hingegangen ist» (I_3, Z28ff).

⁶ Mehr Informationen dazu sind zum Beispiel unter www.safezone.ch/de/noa-coach zu finden

5.5 Empfehlung Inanspruchnahme der SB durch professionelle Dritte

Zwei Interviewteilnehmende berichten, wie sie während eines Klinikaufenthaltes für einen Termin in der Suchtberatung angemeldet wurden: «Ja also ich habe dann wieder wollen gehen..es ist eigentlich auch schon, da bin ich da in (Ort einer Entzugsklinik) gewesen einen Alkoholentzug machen einen vierwöchigen und da haben wir das auch aufgegleist» (I_3, Z58ff); «Dann haben sie mir eben in der Klinik unten vorgeschlagen ich solle doch in die Perspektive gehen....darum bin ich eben eigentlich dahin gekommen» (I_1, Z248ff).

5.6 Weitere förderliche Faktoren

Eine Person merkte an, dass positive oder negative Erfahrungen mit einem Angebot schlussendlich weniger mit dem Angebot an sich zu tun haben, sondern «mehr eben eigentlich mit der individuellen persönlichen Erfahrung, die ich dort mit dieser Person mach, die ich antreffe» (I_2, Z477f). Aufgrund dessen ist in ihren Augen die «Kompetenz der einzelnen Mitarbeiter viel viel wichtiger als das Angebot an sich» (I_2, Z592f). Eine zweite Person bekräftigt: «(...) Irgendwie hatte ich mich einfach nicht wohl gefühlt. Vielleicht muss man halt auch..gerade den richtigen Menschen treffen der einem zusagt oder so» (I_3, Z55ff).

Hauptkategorie 5: Inanspruchnahme der Suchtberatung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Motive, die Suchtberatung aufzusuchen, vielfältig sind. So wird diese aufgesucht, wenn der Wille für eine Konsumveränderung besteht aufgrund einer Unzufriedenheit mit dem Konsum oder eines Kontrollverlustes. Als Voraussetzung, dass die Suchtberatung sinnvoll und hilfreich ist, wird das Vorhandensein einer intrinsischen Motivation («Wille») für eine Veränderung genannt. Die Suchtberatung wird zudem als Alternative zu einem stationären Aufenthalt aufgesucht, zum Beispiel wenn das Angebot besser auf die Bedürfnisse der Person passt («geht zu gut für die Klinik») oder ein Klinikaufenthalt vermieden werden möchte. Ein weiteres Motiv ist eine vordergründige Problembehandlung, um jemanden «ruhig zu stellen» - sei dies das soziale Umfeld oder sich selbst. Ein weiteres Motiv ist, sich die Suchtberatung mal anschauen zu wollen.

Die Suchtberatung wird vor allem für Personen mit einem risikoreichen Konsum, für Personen, welche gerade aus einer Entzugsklinik austreten und für Angehörige von Personen mit einer Sucht als nützlich angeschaut. Der Suchtberatung wird folgender Nutzen zugesprochen: Bewusstwerdung des Konsums, Konsumziel erarbeiten, Konsumreduktion und -eingrenzung, «kontrollierter Konsum», Konsumstopp bei weniger harten Drogen (Bsp. Cannabis), Rückfallprävention, Suchtdrucklinderung, Schadensminderung, Triage an andere Angebote, Info über andere Angebote, Unterstützung in verschiedenen Lebensfragen.

In der Suchtberatung als positiv erlebt wurde die Ehrlichkeit der Beratungsperson, emotional aufgefangen zu werden und dass verschiedene Methoden und Ansätze eingesetzt wurden, wie beispielsweise die NoA-App. Den grössten Einfluss auf die (positiven oder negativen) Erfahrungen in der Suchtberatung habe jedoch die Beratungsperson und deren Kompetenzen.

Es wurde gezeigt, dass Personen teilweise aufgrund von Druck aus dem sozialen Umfeld die Suchtberatung aufsuchten und teilweise auf die Unterstützung vom sozialen Umfeld angewiesen waren, um die Suchtberatung in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren wurde berichtet, wie während eines Klinikaufenthalts Termine in der Suchtberatung für die Nachbetreuung abgemacht wurden.

7.1.2. Hinderliche Faktoren

Die folgende Tabelle zeigt die Kategorien der hinderlichen Faktoren zur Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung gemäss dem Kategoriensystem. Im Folgenden werden einzelne Aussagen aufgegriffen und erläutert, welche diesen 16 Kategorien zugeordnet wurden. Die grau eingefärbten Kategorien enthalten Aussagen zu angebotsbezogenen Faktoren, welche im entsprechenden Kapitel 7.1.3 aufgegriffen werden.

Hauptkategorien	Kategorien
1 Keine Problemerkennung (PE)	1.1 Einfluss soziales Umfeld 1.2 Bagatellisierung 1.3 Weitere Faktoren
2 Alternative Bewältigungsstrategien	2.1 Alternative Unterstützungsangebote 2.1 Selbstständige Problembewältigung
3 Nicht-Inanspruchnahme professioneller Unterstützung	3.1 Selbststigmatisierung 3.2 Gesellschaftliche Stigmatisierung 3.3 (fehlendes) Soziales Umfeld 3.4 Negatives Erleben professioneller Unterstützung 3.5 Weitere Faktoren
4 Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung (SB)	4.1 Andere professionelle Unterstützung 4.2 Negative Nutzenerwartung 4.3 Negatives Erleben der SB Angebotsbezogene hinderliche Faktoren Angebotsbezogene Verbesserungsmöglichkeiten 4.4 Weitere Faktoren

Tabelle 2: Kategoriensystem hinderliche Faktoren, eigene Darstellung

1.1 Hinderlicher Einfluss des sozialen Umfeldes hinsichtlich der PE

Vier Personen berichten von einem Umfeld, in welchem der Konsum die Norm darstellte, was dazu führte, dass der eigene (risikoreiche oder süchtige) Konsum nicht auffiel. Insofern stellte das soziale Umfeld ein Hindernis bei der Problemanerkennung und -bemerkung dar. Einmal ist mit dem sozialen Umfeld der Partner (I_1, Z49ff) gemeint, einmal der Vater («Er ist selber auch Alkoholiker gewesen, aber er findet THC, er hat das immer schon extrem schlimm gefunden aber..ich hätte können Bier trinken, kein Problem, ist ja legal» (I_6, Z172ff)) und zweimal der Freundeskreis: «Je mehr ich das auch gemacht habe, desto mehr bin ich in einem Umfeld auch gewesen in dem das völlig normalisiert worden ist. Also ein Mensch, der nicht konsumiert hat, ist für mich eigentlich, der ist für mich ziemlich weit weg von allem gewesen» (I_2, Z176ff); «Dort ist es gang und gäbe, es ist einfach sehr salonfähig gewesen, um besoffen zu sein, respektive um Alkohol zu trinken. Bist' eher angeschaut worden, wenn man nicht getrunken hat. Und..blöd gesagt ist es dann wie nicht mehr aufgefallen» (I_4, Z89ff).

1.2 Bagatellisierung des Problems

In den zugeteilten Aussagen dieser Kategorie wird davon berichtet, sich als (Wochenend-) Konsumentin oder -konsument gesehen zu haben, und dass der Konsum insofern dazugehörte und nicht als Problem gesehen wurde (I_2, Z106ff; Z158ff; Z194ff; I_3, Z224ff).

Zudem wird davon berichtet, sich das Problem schöngeredet zu haben, um sich nicht damit befassen zu müssen: «'Komm, mir geht es eigentlich gut', Anführungs- und Schlusszeichen, 'es geht mir ja gut' aber, (atmet ein) du hast dich dann auch nicht mit dem befasst dann, ja» (I_5, Z237ff), «Und wo ich es gemerkt habe, habe ich es mir einfach schöngeredet. Also sprich, 'ah all die anderen machen es auch' oder 'der..der ist gestern betrunken gewesen, ich bin es halt heute, ist ja nicht schlimm'» (I_5, Z95ff). Die Person erklärt: «Weil du als Alki fühlst du dich nie als Alki, das ist so, weisst du» (I_5, Z181).

Weiter wird davon berichtet, sich eingeredet zu haben, dass man den Konsum im Griff hat: «Aber ich habe mich auch nie getraut irgendwie, weil ich gedacht habe 'nein, ich habe es ja schon irgendwie im Griff und und und, oder'» (I_3, Z102f).

1.3 Weitere hinderliche Faktoren hinsichtlich der Problemerkennung

Es wird berichtet, dass Komorbiditäten ein Hindernis bei der Problemerkennung des Konsums darstellten, da der Konsum als Folge anderer psychischer Erkrankungen gesehen wurde und nicht als Ursache von Problemen. Später wurde der Konsum als ein Problem an sich erkannt (I_2, Z147ff; Z219ff).

Weiter wird berichtet, dass in der Gesellschaft Unwissen darüber herrscht, ab wann beispielsweise der Alkoholkonsum als risikoreich gilt (I_5, Z221ff).

Hauptkategorie 1: Keine Problemerkennung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Hindernis bei der Problemerkennung das soziale Umfeld und deren Normen bezüglich des Konsums darstellt.

Auch die Bagatellisierung des Problems stellt ein Hindernis dar; es wurde genannt, dass das Problem schöneredet und verleugnet wurde, es wurde sich eingeredet, den Konsum im Griff zu haben oder man identifizierte sich als «Konsumentin» oder «Konsumenten» damit.

Des Weiteren wurden Komorbiditäten und Unwissenheit bezüglich risikoreichen Konsums und Sucht als hinderliche Faktoren bei der Problemerkennung genannt.

2.1 Alternative Unterstützungsangebote

Drei Personen berichten, dass sie schon an Treffen der Anonymen Alkoholikern [AA] teilgenommen haben. Für eine Person blieb es jedoch bei zwei Treffen (I_3, Z7ff), eine andere besuchte daneben zusätzlich jeweils die Narcotics Anonymous [NA] (I_2, Z420ff). Eine Person besuchte die AA während ihres gesamten Lebens immer wieder, «bis es wieder geklappt hat, bis ich dann wieder konnte, wieder ganz aufhören» (I_1, Z104ff). Sie kam aufgrund dessen nie auf die Idee, eine Suchtberatung aufzusuchen: «Es ist mir gar nicht in den Sinn gekommen....also dadurch, dass ich natürlich so lange in die AA gegangen bin, habe ich einfach einen anderen...habe ich einfach das Gefühl gehabt, ich weiss ja wie es eigentlich funktioniert oder, mit dem keinen Alkohol trinken» (I_1, Z277ff).

2.2 Selbstständige Problembewältigung

Die interviewten Personen erzählen, wie sie selbstständig einen Konsumstopp einleiteten oder generell Erkenntnisse, welche sie bezüglich ihres Konsums gewonnen haben.

Einige berichten davon, dass sie die Erkenntnis für sich getroffen haben, dass für sie nur eine Abstinenz in Frage kommt: «Für mich geht es nur, wenn ich nichts mehr trinke» (I_1, Z172); «Aber den Alkohol möchte ich nicht kontrolliert, weil das schaffe ich nicht. Bei mir ist eben meistens entweder ganz oder gar nicht» (I_6, Z72ff); (I_4, Z73ff); (I_1, Z339ff).

Eine Person erzählt, dass sie während der Arbeit nie Alkohol trank (I_5, Z192f) und wie sie selbstständig eine Abstinenz einleitete: «Das ist auf einmal, jetzt habe ich müssen sagen jetzt ist fertig. Dann bin ich wirklich von heute auf morgen, kein Tropfen mehr //mhm// habe ich können abstellen und dort bin ich auch huere [sehr] Stolz gewesen, dort habe ich ein Jahr lang nichts mehr getrunken» (Z163ff). Jemand berichtet: «Vom Methadon habe ich es dann selber geschafft, ohne Klinik» (I_6, Z34ff).

Hauptkategorie 2: Alternative Bewältigungsstrategien

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alternative Unterstützungsangebote wie die AA oder NA von den interviewten Personen genutzt werden und auch selbstständige Problembewältigungsversuche erfolgreich waren. Zudem werden von persönlichen Erkenntnissen im Umgang mit dem Konsum berichtet.

3.1 Selbststigmatisierung

Verschiedene Aussagen weisen auf eine Selbststigmatisierung hin, was einen hinderlichen Faktor bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung ist. Selbststigmatisierung stellt eine Bedrohung des Selbstwertes dar. So äussert eine Person, dass Sie Mühe hatte, Unterstützung anzunehmen, da sie dies als Schwäche sah (I_5, Z175ff): «Ich habe das, wie sagt man, als mimösenhaft abgestempelt. 'Ja das brauchst du doch nicht, Hilfe, ich meine das kannst du selbst machen, du bist ja selbst in den Scheiss reingekommen, jetzt solltest du auch selber aus dem Scheiss rauskommen', ja» (I_5, Z154ff). Weiter wurde genannt, dass der Stolz es nicht zuliess (I_5, Z217ff; 321ff; I_4, Z199ff).

Mehrere Male wird Scham als Hindernis für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung genannt (I_5, Z83f; Z187; Z232ff; Z354ff; I_4, Z237f): «(...) weil man schämt sich ja auch für das, weil ich habe so ein Problem und..äh ja ist einem ja auch peinlich irgendwie so» (I_3, Z161ff); «Und auch schlecht, ich hatte mich auch schlecht gefühlt, ich habe mich geschämt, ich habe wirklich, ich hatte kleine Kinder, ich habe das einfach irgendwie nicht geschafft» (I_1, Z67ff).

Weiter wurde berichtet, es allein schaffen zu wollen: "Das schaffst du schon alleine, das schaffst du" (I_5, Z9f); «'hei schaffst es sonst so und ja ich gehe ja in die NA und in die AA'» (I_2, Z537ff).

3.2 Gesellschaftliche Stigmatisierung

Die gesellschaftliche Stigmatisierung zeigt sich in verschiedenen Aussagen wie dieser, welche aussagt, dass die Themen psychische Krankheit und Sucht ein Tabu in der Gesellschaft darstellen: «Weil über solches Zeugs redet eben niemand gerne, gell //mhm// über Alkohol, Probleme, Drogen oder was auch immer, mit Tablettensucht, psychisch. Da redet ja niemand, ja, das ist eben das Problem, dass wir nicht so viel über solches Zeugs, weil du wirst gleich abgestempelt, oder. Das ist ein Alki, der ist sowieso psychisch krank oder was auch immer, ja. Ja darum redest du auch nicht so viel mit den Leuten» (I_5, Z348ff). Die Aussage zeigt zudem, dass eine Angst vor der Reaktion des Umfeldes besteht. Davon berichtet auch eine andere Person: «(...) oder oder auch...(sucht nach Worten) das Gefühl was sollen die anderen denken....ja. Aber viel eben auch was, was könnten meine Kunden denken» (I_4, Z200ff).

Weiter wurde von konkret erlebter Stigmatisierung und negativen Reaktionen (I_4, Z216f) berichtet: «Das man irgendwie auch noch so abgestempelt ist. Und als ich nach (Ort im Kanton Thurgau) ging wegen dem Knie, oder in die Reha. Dann war das erste, das es hiess: 'Ja was ist mit dem Alkohol, tun Sie noch Alkohol trinken'. (...) Klar das ist, das gehört zu mir und so. Aber ich habe dann manchmal das Gefühl, erstens bist du dann einfach so....so gerade gestempelt und hast das Gefühl: 'Ja die hat einen Schaden', oder weiss doch auch nicht» (I_1, Z353ff).

Neben der soeben zitierten Aussage weisen auch andere auf in der Gesellschaft vorherrschende negative Bilder über Sucht hin: «(...) Irgendwann wurde es als Krankheit, früher, mein Vater war in jensten [vielen verschiedenen] Kliniken gewesen und früher hatte man das auch einfach auch als, wie sagt man, ja auch als willenslos, willenslose Menschen angeschaut» (I_1, Z64ff); «Als ich jünger gewesen bin habe ich immer gedacht das ist für Heroinabhängige, das ist für mich süchtig gewesen, die Spritzen und Letten und Zeugs und Sachen. So ist das, so bin ich irgendwie aufgewachsen» (I_3, Z229ff).

3.3 (Fehlendes) Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld wird (neben einem förderlichen Faktor auch) als hinderlichen Faktor für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung beschrieben. Einmal durch die Vermittlung einer negativen Einstellung gegenüber professioneller Unterstützung (I_6, Z19ff; 168ff, Z175); einmal aufgrund eines tragischen Ereignisses einer nahestehenden Person, welches sich in einem stationären Setting ereignete: «Aber ich habe einfach so einen Horror gehabt davor in die Klinik zu gehen wegen den schlechten Erfahrungen meines Vaters. Er hat sich ja in einer Klinik suizidiert» (I_2, Z34f).

Es wurden zudem mehrere Aussagen dazu gemacht, dass ein Fehlen eines sozialen Umfeldes wie Freunde oder einer Partnerin (I_5, Z214ff) hinderlich für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung war: «Eben, wenn du jetzt einen hinter dir hättest der sagt 'du komm, du trinkst mir jetzt wirklich zu viel jetzt, jetzt machen wir das', oder 'ich habe dich angemeldet', dann würde ich auch, hätte ich es auch vielleicht gemacht» (I_5, Z234ff); «Ich bin halt auch recht alleine (...). Ich habe nicht wirklich Freunde, mehr Bekanntschaften, die halt alle selber konsumieren» (I_3, Z118ff).

Für das Fehlen eines sozialen Umfeldes werden Gründe genannt. Einmal die Sucht: «Die wenden sich dann langsam ab, wenn du, ein Alki bist, oder unausstehlich bist, dann, hast du dann auch keine Freunde mehr» (I_5, Z396f); einmal Komorbiditäten: «Ich habe ein bisschen eine Sozialphobie. Ich habe Mühe mit Beziehungen und mit Menschen (...), ähm durch das habe halt auch recht Mühe gehabt aus dem Haus zu gehen, weil ich auch recht mit Reizüberflutungen zu kämpfen habe. Also ich bin auch im Autismus Spektrum (...)» (I_3, Z119ff).

3.4 Negatives Erleben professioneller Unterstützung

Es wird davon ausgegangen, dass negative Erfahrungen professioneller Unterstützung einen negativen Einfluss auf die Nutzenerwartung weiterer professioneller Unterstützungsangebote hat (siehe Kapitel 4.2). Die Nutzenerwartung wiederum stellt einen wichtigen Einflussfaktor bei der (Nicht-)Inanspruchnahme eines Angebots dar.

Ein negatives Erleben in einer stationären Entzugsklinik hing mit einer fehlenden intrinsischen Motivation für den Entzug zusammen: «Vorher habe ich x Versuche gehabt, für andere gemacht sozusagen, die gesagt haben 'geh' doch, geh' in die Klinik'. (...) Und bin immer gescheitert, weil ich habe es gar nicht wollen oder immer rausgeflogen, weil ich kon-, reinkonsumiert habe auf den Stationen» (I_6, Z28ff).

Weiter wurde von Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Form eines Entzuges berichtet (I_2, Z126ff); (I_1, Z213ff). Negatives Erleben hängt mit dem Inhalt einer Beratung oder Behandlung zusammen, gleichzeitig wurde dies als von der behandelnden, bzw. beratenden Person abhängig erlebt (I_1, Z158ff): «Und ich weiss einfach noch beim ersten Gespräch hat er irgendwie gesagt jetzt versuchen sie einfach mal nur noch jeden zweiten Tag Alkohol zu trinken und...ja das ist mir auch ein bisschen komisch vorgekommen so...(lacht) ja so einen Plan hatte der dann aufgestellt und...irgendwie hatte ich mich einfach nicht wohl gefühlt» (I_3, Z52ff); «Und dann meint er: 'Ja man kann doch trotzdem mal ein Glas trinken', oder sagt so einer. Und dann habe ich einfach das Gefühl, die Fachleute wissen es einfach nicht, oder. Sie wollen es nicht einsehen, dass wenn jemand wirklich äh, alkoholkrank ist, dann einfach nicht sagen kann, man kann ja zwischendurch mal etwas trinken. Das geht einfach nicht» (I_1, Z358ff). Eine Person betont die Wichtigkeit des Gegenübers: «Aber ich bin einfach ein bisschen heikel geworden mit Personen und so, eben, ob mir das passt oder nicht» (I_2, Z565f).

Zwei Personen berichten davon, dass sie das Verhalten oder die Haltung der Mitpatientinnen und -patienten in einer Entzugsklinik als negativ erlebten: «Weil in jeder Klinik in der ich mal kurz gewesen bin um mal zu schauen oder jemanden gekannt habe der dort gewesen ist, habe ich gewusst, ich sage jetzt mal, (lacht) ich sage keine Orte, aber dort wird einfach weiterkonsumiert und Ferien gemacht sozusagen» (I_6, Z53ff); «Es ist für mich nicht so gut gewesen einfach weil es so ein wahnsinniger ähm, so wie ein Durchlauf gewesen ist. Die sind reingekommen, rausgegangen, reingekommen» (I_1, Z226ff).

Zudem wird professionelle Unterstützung teilweise nicht als hilfreich erlebt (I_1, Z11ff; 46ff; Z91f): «Ich habe das Gefühl ich habe so viel gemacht oder (lacht) und so viel ausprobiert und es hat nichts richtig gewirkt» (I_1, Z95f); «Dann habe ich auch wieder das Gefühl gehabt ich will jetzt ...pffrrr...keine Therapie mehr» (I_1, Z132f).

3.5 Weitere hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme professioneller

Unterstützung

Als weitere hinderliche Faktoren für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung wurde ein fehlendes Vertrauen in die Anonymität genannt: Eine Angst, dass Kundinnen und Kunden aus dem Arbeitskontext durch ein Datenleck vom Suchtproblem erfahren (I_4, Z105ff) oder sie die suchtbetroffene Person in der Fachstelle sehen könnten (I_4, Z112ff). Zudem wurde von einer Angst vor Konsequenzen durch die KESB berichtet: «Aber ich habe mich dann nachher wieder nicht getraut wieder dort hinzugehen, und habe mich halt nicht getraut wieder von meinen Ängsten zu erzählen und es hat schon geheissen, ja es ist anonym. Aber ich trotzdem, wenn jetzt irgendwie jemand das Gefühl hat, das Kindeswohl ist in Gefahr, aber was ist das schon, ist ein weiter Begriff irgendwie, das hat mir einfach Angst gemacht» (I_3, Z63ff).

Eine Person berichtete, wie sie der äussere Druck und ihre Sturheit an einer Inanspruchnahme professioneller Unterstützung hinderte: «Kopf ist, die Sturheit, ääh, auch weil mir auch Leute gesagt haben: 'Komm mach doch, probiere es doch, mach doch'. Und ich habe gefunden 'Neein'» (I_6, Z14ff). Bei einer anderen Person war es ein Jobangebot im Ausland, welche sie vor der Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung abhielt (I_3, Z75ff).

Andere hinderliche Faktoren zeigen sich in Zusammenhang mit der Sucht an sich. So erklärte eine Person: «Meistens merkt man erst, dass es zu spät ist, wenn man schon gar nicht mehr handlungsfähig ist irgendwie, glaube ich. Man redet sich das so lange schön, und irgendwie 'doch das schaffe ich schon' und ja» (I_3, Z272ff). Mehrere Aussagen beschreiben eine Lust- und Kraftlosigkeit, weshalb keine Unterstützung in Anspruch genommen wurde (I_5, Z30ff, Z37ff; I_3, Z151ff, Z163ff), andere nennen es Faulheit (I_2, Z537f; I_5, Z38f). Auch eine Gleichgültigkeit und Todessehnsucht hielten davon ab: «Also mir ist es eigentlich, mir ist alles scheissegal gewesen dort, das ist so nach einer Trennung gewesen und mir wäre es eigentlich scheissegal gewesen, wenn ich gestorben wäre daran. Ich habe es ziemlich darauf angelegt» (I_3, Z106ff).

Hauptkategorie 3: Nicht-Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass selbst-stigmatisierende Einstellungen ein Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung darstellen. Dies zeigte sich in Einstellungen, dass Unterstützung anzunehmen als Schwäche angesehen wird, dass sich die interviewten Personen für ihre Sucht und Probleme schämen und im Wunsch, «es allein zu schaffen».

Weiter stellt die gesellschaftliche Stigmatisierung ein Hindernis dar, was sich darin zeigt, dass Sucht und psychische Probleme nach wie vor ein Tabuthema darstellen und dass eine Angst vor den Reaktionen herrscht, wenn andere von der Sucht erfahren, sowie die Angst «abgestempelt» zu werden.

Das soziale Umfeld kann durch die Vermittlung negativer Einstellungen gegenüber professioneller Unterstützung oder durch eigene negative Erfahrungen einen hinderlichen Faktor bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung sein. Weiter wird das Fehlen eines sozialen Umfeldes und deren fehlende Unterstützung als hinderlich bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung beschrieben.

Negatives Erleben professioneller Unterstützung beruhte in den Aussagen auf einer nicht stimmigen Behandlungsform und der jeweiligen Fachperson. Es wurde berichtet, dass das fehlende Erleben der Unterstützung als *hilfreich* dazu führte, dass jeweils zumindest phasenweise keine weitere professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wurde. Weiter waren Gründe für negatives Erleben eine fehlende intrinsische Motivation und Umstände auf den Entzugskliniken.

Weitere hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung stellen eine aus der Sucht resultierende Handlungseingeschränktheit und Gleichgültigkeit dar, äussere Umstände, wie beispielsweise ein Jobangebot im Ausland, fehlendes Vertrauen in die Anonymität und Angst vor Konsequenzen der KESB.

4.1 Andere professionelle Unterstützung (anstelle der Suchtberatung)

Die interviewten Personen berichten von verschiedenen anderen professionellen Unterstützungsangeboten, welche sie in Anspruch nahmen oder nehmen, seien diese ambulant oder stationär. Einige waren bei einer Psychologin oder einem Psychologen und / oder einer Psychiaterin oder einem Psychiater (I_6, Z43ff; I_5, Z20f; I_4, Z35ff; I_2, Z88ff, Z136ff; I_1, Z9f, Z30f). Eine Person beschreibt, wie sie durch die Inanspruchnahme eines professionellen Unterstützungsangebots nicht auf die Idee kam, zusätzlich eine Suchtberatung aufzusuchen: «(...) immer irgendwie in einer Art von einem Setting gewesen und ich habe wie nicht quasi dann gesehen, dass ich jetzt noch extra für die Sucht noch etwas Neues muss haben. Ich habe das wie im Rahmen von meiner Psychotherapie abgedeckt gesehen» (I_2, Z142ff).

4.2 Negative Nutzenerwartung der Suchtberatung

Die Interviewteilnehmenden machten Aussagen zu negativen Nutzenerwartungen der Suchtberatung. So meint eine Person: «Ich habe es gar nicht wollen probieren, weil ich einfach schon gedacht habe 'nein das bringt nichts'» (I_6, Z11f). Genannte Gründe dafür sind das damalige Alter (I_6, Z91f), die «harte» Substanz (I_6, Z94ff) und eine fehlende

Disziplin (I_6, Z95f; Z154ff). Es wird genannt, dass eine ambulante Unterstützung «zu wenig» wäre (I_6, Z156f; I_2, Z48ff; Z122ff), die Bedürfnisse nach Unterstützung entsprechend nicht mit dem Angebot übereinstimmen würden: «Jetzt ist für mich eigentlich der Fall klar gewesen, dass ich möchte direkt in die Klinik gehen und ich habe deshalb die Suchtberatung auch übersprungen, weil eben, ich..habe gedacht ich weiss ja, was der sagt, oder. Und der hat ja Recht. Aber wenn ich es sowieso nicht schaffe zum mich selber so motivieren, weil ich einfach schon zu tief drin bin..äh..ist der Fall eigentlich klar gewesen, dass ich direkt in eine Klinik komme, oder» (I_3, Z90ff). Weiter nennen zwei Personen, dass sie nicht glaubten, etwas Neues in der Suchtberatung zu lernen (I_1, Z277ff, I_3, Z90ff).

4.3 Negatives Erleben der Suchtberatung

Eine Person berichtet von einer negativen Erfahrung in der Suchtberatung der Perspektive Thurgau, als sie aufgrund Auflagen des Strassenverkehrsamtes die Suchtberatung besuchen musste: «Autobillet-Entzug und dort habe ich es halt müssen machen und es ist für mich einfach so ein bisschen...Der Suchtberater dort, der ist einfach für mich ein bisschen spezialisiert gewesen auf etwas anderes, auf eine andere Substanz weder das, was ich konsumiert habe. Und deshalb habe ich mich nicht mit dem können gut unterhalten, weil..er hat von etwas ganz anderem gesprochen - von viel härterem Stoff, oder. Und...da habe ich gar nicht können einsehen, irgendwie. Es ist so: Ich muss dorthin gehen und ähm..ja. Und es ist jetzt nicht so, dass mir das irgendetwas gebracht hätte dazumal» (I_3, Z168ff).

4.4 Weitere hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung

Verschiedene weitere Aussagen zu Faktoren, welche von einer Inanspruchnahme der Suchtberatung abhielten, wurden unter dieser Kategorie gesammelt.

Eine Person sah ambulante Angebote in der Vergangenheit eine Zeit lang nicht mehr als Option, da sie gemäss ihren Aussagen eine «Klinikabhängigkeit entwickelt» hatte: «(...) ist wie ein Zuhause gewesen, oder, also ich bin wie von 'ich möchte unbedingt nicht in die Klinik' bis hin zu 'ja..ich möchte eigentlich nur noch in die Klinik'. Ich habe beides wie durchgemacht. Ich deshalb habe ich das vielleicht auch nicht mehr in Angriff genommen, in Anspruch genommen, weil ich eigentlich gedacht habe, ich tu mir das gar nicht mehr an ambulant. Ich gehe jetzt gleich stationär» (I_2, Z489ff).

Weiter wurde als hinderlicher Faktor eine Ungewissheit bezüglich des Wohnkantons genannt. Aufgrund eines Kantonswechsels konnte die Person nicht mehr zu ihrer ehemaligen Suchtberatungsperson gehen («Und ich bin so enttäuscht und traurig gewesen, dass ich jetzt nicht mehr zu ihr kann..ähm, dass ich aus Trotz schon gar kein Angebot angenommen hätte» (I_2, Z508ff)) und ist sich unsicher, ob sie nun im Kanton Thurgau

bleibt und sich auf eine neue Suchtberatungsperson einlassen soll oder ob sie den Wohnkanton nochmals wechselt (I_2, Z334ff; 518ff).

Hauptkategorie 5: Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung

Zusammenfassend konnten folgende hinderliche Faktoren hinsichtlich der Inanspruchnahme der Suchtberatung identifiziert werden:

Es wurde gezeigt, dass die Inanspruchnahme anderer ambulanter professioneller Unterstützungsangebote dazu führen kann, dass eine Person das Problem *Sucht* bereits als abgedeckt sieht.

Es wurde berichtet, dass die Suchtberatung nicht in Anspruch genommen wurde, wenn kein oder ein zu geringer Nutzen vom Angebot erwartet wurde: Als Gründe wurden ein zu junges Alter genannt, fehlende Disziplin und dass ein ambulantes Angebot nicht passend, sprich «zu wenig» gewesen wäre, da die Sucht bereits zu fortgeschritten oder die Substanz «zu hart» war. Andere präferierten stationäre Angebote («lieber gleich stationär»). Zudem berichteten die interviewten Personen, dass sie nicht glaubten, in der Suchtberatung etwas Neues zu lernen.

Eine Person erzählte zudem von negativem Erleben in der Suchtberatung mit Auflagen des Strassenverkehrsamtes: Sie fand sich von der Beratungsperson missverstanden und empfand die Gespräche als nicht hilfreich.

Als weitere hinderliche Faktoren wurden die kantonalen Zuständigkeiten der Suchtberatung genannt, was die Aufnahmebedingungen betreffen.

7.1.3. Angebotsbezogene Faktoren

Die folgende Tabelle zeigt die Kategorien, welche angebotsbezogene Faktoren beinhalten. Anhand konkreter Aussagen werden die Inhalte der verschiedenen Kategorien aufgegriffen und anschliessend zusammengefasst.

Hauptkategorien	Kategorien
1 Inanspruchnahme der Suchtberatung	1.1 Angebotsbezogene förderliche Faktoren
2 Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung	2.1 Angebotsbezogene hinderliche Faktoren 2.2 Angebotsbezogene Verbesserungsmöglichkeiten

Tabelle 3: Angebotsbezogene förderliche und hinderliche Faktoren, eigene Darstellung

1.1 Angebotsbezogene förderliche Faktoren

Am Angebot der Suchtberatung wird die Auffindbarkeit im Internet als positiv erlebt («Wenn man es googelt, findet man euch schnell und das ist heute wahrscheinlich der Hauptkanal. (...) Wer die Suchtberatung dringend benötigt, wird sie finden» (I_4, Z437ff)).

Weiter gelobt wird der einfache Zugang über Telefon oder E-Mail («Ich meine die Hürden sind denkbar klein. Ein Telefon oder eine Mail» (I_4, Z475)); «Also ich finde der Zugang ist eigentlich auch sehr einfach, so aus meiner Erfahrung, die ich gemacht habe in (Ort der Suchtberatung). Also, machst' ein Telefon, es gibt einen Termin, du kommst. Dann musst du einfach noch kommen (lacht)» (I_3, Z235ff)), die telefonische Erreichbarkeit und das Funktionieren des Sekretariats, um zum Beispiel Termine zu verschieben (I_4, Z233ff; Z265ff): «Und dann habe ich angerufen und dann..ist eben super gewesen, das Telefon abgenommen worden und und und. Ich wüsste nicht, ob ich - wie viel Mal ich noch angerufen hätte» (I_4, Z233ff).

Der Standort und der gute Ruf werden weiter erwähnt: «Ja, es ist eben auch gleich gegenüber vom Bahnhof, das kennt man einfach irgendwie so. Also..viele Leute wo erzählen 'jetzt muss ich noch in die Suchtberatung' oder sonst irgendwie etwas, die die beim Bahnhof rumhängen...jaa (lacht). Also ich habe noch nie etwas Schlechtes gehört, irgendwie» (I_3, Z186ff).

Weiter wird die Flexibilität bezüglich des Inhalts geschätzt («Im Fall, das finde ich auch cool, dass man eben sagt, eigentlich ist er mal gekommen wegen Alkohol, er hat aber auch Probleme mit Nikotin, und dass es da nicht heisst 'Okay, jetzt musst du in die Abteilung XY'. Sondern dass ich den gleichen Berater darf behalten» (I_4, Z483ff)) sowie die Vorstellung des Suchtberatungsangebots auf einer Entzugsstation («Auf (Name der Entzugsstation) haben sie sich vorgestellt und...ist ja noch lustig gewesen, ich habe, ich bin dann immer da hingegangen, ich habe das noch lässig gefunden» (I_2, Z318ff)).

2.1 Angebotsbezogene hinderliche Faktoren

Als hinderlich für die Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots wird das fehlende Wissen über das Suchtberatungsangebot genannt (I_4, Z423ff; I_5, Z223ff): «(...) Nehme ich euch im Verhältnis eher wenig wahr, also Perspektive, werbetechnisch» (I_4, Z430f).

Der Standort der Suchtberatung direkt beim Bahnhof stellte für eine interviewte Person eine Versuchung dar, weshalb sie anstelle die Suchtberatung zu besuchen, ein Bier trinken ging (I_3, Z134ff).

Einmal wird genannt, dass eine Suchtberatungsperson gleichzeitig in der Jugendanwaltschaft tätig war. Die Person hatte eine Auflage für die Suchtberatung von der Justiz und nahm die Suchtberatung aufgrund dieser «Doppelrolle» einer Beratungsperson nicht

wahr (I_6, Z84ff): «Und dass es vielleicht ein bisschen kontraproduktiv ist, wenn jemand von der Jugendanwaltschaft bei der Perspektive noch arbeitet» (I_6, Z120ff).

Weiter werden die Öffnungszeiten als hinderlichen Faktor genannt: Die Person wünscht sich ein Angebot abends, wenn der Suchtdruck und die Rückfallgefährdung höher sind (I_3, Z330ff; Z295ff).

Der Name des Suchtberatungsangebots wird zudem als Hindernis genannt: «'Sucht' ist auch so ein stigmatisierendes Wort» (I_3, Z382); «Ja muss ich dann jetzt schon süchtig sein, oder bin ich denn jetzt schon süchtig. Ich glaube ganz viele Leute quälen sich mit solchen Fragen herum, anstatt einfach zu sagen..schau jetzt mach' ich einfach mal und ruf an» (I_2, Z627ff); «Ich glaube einfach dass sich viele Leute vielleicht einfach auch nicht angesprochen unbedingt also, früher ist das vielleicht noch so gewesen. Heute sehe ich das schon auch eher, 'sind sie sich nicht sicher?' Also, quasi in dieser Abwägung, also so eigentlich das Angebot viel früher ansetzen, bevor eigentlich die schwere Sucht schon passiert» (I_2, Z154ff). Auch ein Angebot für Komorbiditäten wie zum Beispiel Angst, in welchem die Sucht nicht im Vordergrund steht, würde suchtbetroffene Personen eher ansprechen (I_2, Z204ff).

2.2 Angebotsbezogene Verbesserungsmöglichkeiten

Diese Kategorie umfasst Aussagen, welche Verbesserungsmöglichkeiten des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau betreffen.

Als Massnahme wird erstens genannt, die Bekanntheit und Präsenz der Suchtberatung zu steigern. Sei dies über die Sozialen Medien (wie beispielsweise Instagram (I_5, Z373)), über Plakate an öffentlichen Plätzen (I_5, Z367ff, Z373ff) oder indem auf der Strasse Flyer verteilt werden (I_5, Z407f). Zudem wird angemerkt: «Ihr habt so viele Prospekte und Nastücher und weiss ich nicht was, was man alles kann mitnehmen und Werbemittel. Aber die sind halt irgendwie nur dort» [an der Fachstelle] (I_4, Z432ff). Auch eine Webseite mit sympathischen Fotos (I_2, Z616f) wird als wichtig empfunden.

Es wird zudem gewünscht, das Suchtberatungsangebot auf Entzugsstationen vorzustellen: «Ja für das musst' es zuerst auch wissen. Ich finde wir haben da vorne einfach so eine Dings mit lauter solchen Zetteln dort und ich weiss nicht, ob das jemand freiwillig anschaut. (...) Das finde ich ein bisschen schade, dass man da halt nicht zum Beispiel jemand von der Suchtberatung nicht auch mal hierhin kommt irgendwie einmal im Monat und erzählt, dass es das überhaupt gibt» (I_3, Z255ff). Weiter könnte ein Tag der offenen Tür das Angebot bekannt machen und gleichzeitig Hemmschwellen und Angst abbauen (I_3, Z363ff).

Neben der Bekanntheit über das Angebot werden zudem mehr Informationen über den Inhalt des Angebots gewünscht, wie zu möglichen Konsequenzen, wenn man Kinder hat: «Äh, aber ich denke das fände ich noch etwas Gutes. Wenn man wirklich mehr davon weiss, was das denn auch heisst, überhaupt. Weil, viele haben natürlich Angst vor Konsequenzen oder sonst irgendetwas, kann ich mir vorstellen. Also bei mir ist es so gewesen» (I_3, Z375ff). Die Anonymität des Angebots sollte zudem stets hervorgehoben werden (I_2, Z616).

Des Weiteren wird genannt, Angebote für verschiedene Zielgruppen zu lancieren, auch präventiv für Personen, welche sich (noch) nicht mit Sucht nicht angesprochen fühlen (I_2, Z631ff). Es wird berichtet, dass bezüglich des Inhalts verschiedene Bedürfnisse gibt, die abgedeckt werden sollen: «Eben so ein bisschen..es gibt Personen die brauchen den harten Ding, oder, und andere brauchen oder das 'hei du' eher das nicht so verpflichtende, das 'hei, du musst ja noch gar nichts', ist unverbindlich und so. Ich glaube dort holt man die Leute ab..» (I_2, Z635ff).

Damit sich Personen für die Suchtberatung angesprochen fühlen, wird zudem empfohlen, anstelle des Konsums auf die daraus resultierenden Symptome (I_2, Z666ff) oder Konsequenzen einzugehen: «Viele Leute fühlen sich mit der Sucht an sich vielleicht nicht angesprochen aber sie fühlen sich angesprochen mit der Depression. Manchmal ist es extrem schwierig auch zu sagen, was ist denn jetzt die Sucht und was sind die Folgen der Sucht und was ist schon vorher da gewesen. 'immer wieder depressiv nach dem Trinken' oder so oder 'immer wieder eine Nacht draussen' zum Beispiel und am nächsten Tag hat man das Gefühl man steht vor einem Scherbenhaufen. Solche Sachen hätten mich total angesprochen, weil für mich ist immer so der 'Tag danach' das absolut schlimmste gewesen und auch der Tag danach ehrlich gesagt immer wieder der Punkt, als ich am ehesten dazu bereit gewesen bin, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oder währenddessen sogar schon, während dem Zusaufen» (I_2, Z643ff).

Der letzte Satz des Zitates verweist auf die Bedeutung aufsuchender Arbeit. Eine andere interviewte Person erklärt: «Ich hätte müssen angesprochen werden. Sagen: 'Hey ich sehe du hast ein Problem. Und du kommst da nicht mehr allein raus. Geh doch mal dorthin oder so..oder..das wäre halt mehr so der Sozialarbeiter der auf der Strasse ist und dich anspricht und sich mit dir mal hinsetzt und mit dir spricht und dann halt darauf kommt und dann sagt 'Heyy..geh doch mal in die Suchtberatung' und 'hey, wenn du willst, ich kann dich auch begleiten' oder so» (I_3, Z155ff; Z309ff).

Eine weitere Person würde gerne zu Hause für einen Suchtberatungstermin aufgesucht werden (I_3, Z140ff): «Es wäre vielleicht für mich einfacher gewesen, ich weiss nicht, ob es das gibt, wenn jemand zu mir nach Hause gekommen wäre oder so und ich nicht hätte

müssen rausgehen zu einem Termin» (I_3, Z126ff). Sie sieht diesen Bedarf bei Personen, die Mühe haben, aus dem Haus zu gehen oder um Termine einzuhalten oder die körperlich eingeschränkt sind (I_3, Z290ff).

Weiter wird eine Online-Funktion gewünscht, bei welcher man angeben kann, dass man angerufen wird (I_5, Z373ff), damit man nicht selbst anrufen muss.

Zudem wird zwei Mal ein Notfalltelefon mit einer 24/7 Erreichbarkeit als Verbesserungsmöglichkeit erwähnt (I_3, Z301ff; I_5, Z364ff).

Eine weitere Idee, welche den Angebotsinhalt betrifft, ist der Wunsch nach Gruppen für einen Austausch unter Gleichgesinnten (I_2, Z542ff).

Eine Person erwähnt, dass sie sich von Entzugskliniken und der Perspektive Thurgau mehr Offenheit gegenüber alternativer Bewältigungsstrategien wie eine AA wünscht, da diese für Personen mit einer Sucht zumindest eine Möglichkeit an Unterstützung darstellt (I_2, Z375ff).

Die aufsuchende Arbeit in Schulen wird als sehr wichtig empfunden (I_3, Z389ff), um bereits Jugendliche mit dem Angebot bekannt zu machen: «Quasi schon die Jungen abholen in den Schulen. Natürlich, dass die das bereits wissen, dass es das gibt» (I_3, Z191f). Hierbei sei jedoch auf adressatinnen- und adressatengerechte Angebote in Schulen zu achten: In einer Oberstufe sollte eine Person mitgebracht werden, die mithilfe der Suchtberatung zum Beispiel mit Cannabis - und nicht anderen Drogen - aufhören konnte. Bei einer Kantonsschule sei dies bereits anders (I_6, Z127ff; Z149ff). Diese Sensibilisierungsarbeit ist gemäss einer Person auch aufgrund neuer, «übler» Drogen wichtig (I_3, Z316ff).

Eine Sensibilisierungsarbeit in der Gesamtgesellschaft wird weiter als bedeutsam angeschaut: Es soll Wissen über Sucht vermittelt werden (zum Beispiel über die Prävalenz, Informationen über einen risikoarmen und -reichen Alkoholkonsum, darüber, ab wann ein Konsum oder Verhalten als süchtig gilt) (I_5, Z380ff).

Zudem sollte Entstigmatisierungsarbeit geleistet werden, eine «Image-Änderung» von Sucht und der Inanspruchnahme von Hilfe sollte angestrebt werden (I_4, Z291ff; I_4, Z455ff). Zum Beispiel anhand einer PR-Kampagne, welche eine Person zeigt, die suchtbetroffen und erfolgreich ist (I_4, Z469ff).

Und eine Person meinte abschliessend: «Ich finde am Schluss ist es nicht nur auch die Institution in der Verantwortung, sondern auch die Betroffenen selbst. Eigenverantwortung, das ist etwas, das wir in (Ort einer Entzugsklinik) sehr stark eigentlich auch immer im Zentrum gestanden ist. Und am Schluss vom Tag..das Angebot kann noch so gut sein. Mit Leuten, die nicht, die nicht in der Lage sind, Verantwortung für sich und ihre Taten und ihren

Konsum zu übernehmen, wird das beste Angebot auf dem Planeten nicht helfen. Also auch hier, man kann auch mal Durchatmen und sagen 'wir machen genug', weil...ob die Leute am Schluss kommen oder nicht, ist vielleicht manchmal auch noch von ganz anderen Faktoren abhängig, wie im persönlichen Umfeld - wenn die alle sagen 'du Alter, spinnst du eigentlich, das ist doch völlig normal' dann wird der eine vielleicht auch sagen 'Ich? Ich brauche das nicht', oder. Also, von da her, es sind so viele Faktoren, die das beeinflussen, ja. Genau, das ist vielleicht so das Schlusswort, ja» (I_2, Z675ff).

Angebotsbezogene Faktoren

Zusammenfassend fördern und hindernd folgende angebotsbezogene Faktoren die Inanspruchnahme der Suchtberatung der Perspektive Thurgau: Das Suchtberatungsangebot ist im Internet auffindbar und der Zugang über E-Mail und Telefon wird als niederschwellig empfunden. Zusätzlich wird eine Funktion gewünscht, dass einem angerufen wird. Das Funktionieren und die telefonische Erreichbarkeit der Administration werden geschätzt. Nichtsdestotrotz werden längere Öffnungszeiten in den Abend hinein sowie ein Notfalltelefon mit durchgehender Erreichbarkeit gewünscht. Der gute Ruf und Standort der Suchtberatung wurden einerseits als positiv wahrgenommen, andererseits wurde der Bekanntheitsgrad und die Präsenz der Suchtberatung kritisiert. Dies könnte über einen Auftritt in den sozialen Medien, über Plakate und das Verteilen von Flyer an öffentlichen Plätzen und über den gezielten Einsatz bereits vorhandener Werbemittel gefördert werden.

Des Weiteren werden Tage der offenen Türen und Informationen zum Ablauf, Inhalt und Konsequenzen einer Beratung gewünscht, Letzteres wenn man Kinder hat. Wichtig am Angebot ist die Anonymität, die hervorgehoben werden sollte. Der Wunsch nach Gruppenangeboten und einer Offenheit gegenüber alternativen Angeboten wie die AA wurden genannt.

Es wird gewünscht, dass die Suchtberatung mehr ausserhalb ihrer Fachstellen aktiv wird: Sei dies als aufsuchende Sozialarbeit auf der Strasse, bei Suchtberatungsterminen bei Klientinnen und Klienten zu Hause, beim Vorstellen des Angebots auf Entzugskliniken oder bei Schuleinsätzen. Doppelfunktionen von Fachpersonen, die in der Suchtberatung und im Bereich der Justiz arbeiten, sollten hingegen vermieden werden.

Der Begriff «Sucht» im Angebotsnamen stellt ein Hindernis dar, unter anderem aufgrund deren Stigmatisierung in der Gesellschaft. Das Angebot sollte bereits bei einem risikoreichen Konsum ansetzen im Sinne der Prävention. Hilfreich hierfür ist zum Beispiel das Ansprechen von Komorbiditäten und Symptomen der Sucht. Weiter sollen

unterschiedliche Angebote – strikte sowie unverbindliche – angeboten werden, um verschiedene Bedürfnisse abzudecken.

Neben dem Suchtberatungsangebot ist Sensibilisierungsarbeit in der Gesellschaft nötig, welche Informationen zum Thema Sucht vermittelt und eine Entstigmatisierung von Sucht zum Ziel hat. Zu guter Letzt wird gesagt, dass ein Angebot noch so gut sein kann; Schlussendlich müssen Personen mit einer Sucht oder einem risikoreichen Konsum die Verantwortung für ihr Handeln und Leben übernehmen, damit ein Unterstützungsangebot hilfreich sein kann.

7.2. Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse wird in zwei Teile gegliedert: Erst werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. In einem zweiten Schritt werden sie in Bezug zum bereits vorhandenen Wissen und der Theorie gesetzt.

7.2.1. Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der qualitativen Forschung gebündelt und diskutiert. Es wird erstens auf die förderlichen und hinderlichen Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots eingegangen. Im Anschluss daran werden die Verbesserungsmöglichkeiten des Angebots diskutiert.

Die Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse aus den Interviews auf die beiden Forschungsfragen:

- Welche Faktoren *fördern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?
- Welche Faktoren *hindern* potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?

Die Ergebnisse sind in die vier Schritte des Prozesses der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (mit Ergänzung des fünften Schrittes der Inanspruchnahme Suchtberatung) unterteilt (von unten nach oben).

In der Tabelle werden aus Platzgründen und für eine bessere Übersichtlichkeit Abkürzungen benutzt, welche im Abkürzungsverzeichnis aufgeführt sind.

Förderliche Faktoren		Hinderliche Faktoren	
Inanspruchnahme der SB	<ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung eines / Alternative zu einem stationären Aufenthalt(s) - positive Nutzenerwartung - Terminvereinbarung während stationären Aufenthalts - Druck des sozialen Umfeldes - Positive Erfahrungen der SB (Beziehung, Kompetenzen, verschiedenen Methoden) 	<ul style="list-style-type: none"> - Andere prof. U. wie Psychotherapie - Fehlende positive Nutzenerwartung aufgrund anderer Bedürfnisse an Unterstützung - Negative Erfahrungen der SB (nicht hilfreich, Beziehung) - Aufnahmebedingungen nach Wohnkanton 	Nicht-Inanspruchnahme der SB
Inanspruchnahme prof. Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Begleitung durch das soz. Umfeld - Überwindung der vom soz. Umfeld vermittelten negativen Einstellungen gegenüber prof. U. (u.a. Alter) - Andere prof. U. welche zu einer Triage durch prof. Dritte führt - Intrinsische / extrinsische Motivation für eine Veränderung - Positive Erfahrungen anderer prof. U. 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbststigmatisierung - Gesellschaftliche Stigmatisierung - Fehlendes soz. Umfeld - Vermittlung negativer Einstellungen geg. prof. U. durch das soz. Umfeld - Negative Erfahrungen prof. U. (nicht hilfreich, Methodenwahl, fehlende intrinsische Motivation) - Folgen von Sucht - Fehlendes Vertrauen in Anonymität - Angst vor Folgen der KESB 	Nicht-Inanspruchnahme prof. Unterstützung
Prof. U nötig	<ul style="list-style-type: none"> - aus dem Konsum resultierender Leidensdruck 	<ul style="list-style-type: none"> - Alternative Unterstützungsangebote wie die AA - Selbstständige Problembewältigung 	Alternativen
Veränderung nötig	<ul style="list-style-type: none"> - Lebensentscheidende Risikowahrnehmung aufgrund des Konsums 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsum stellt im soz. Umfeld Norm dar - Bagatellisierung des Konsums - Unwissen bezüglich risikoreichen Konsums und Sucht 	Keine Problemerkennung
Problemerkennung	<ul style="list-style-type: none"> - Problemerkennung durch prof. Dritte - Psychische, physische und soziale Probleme (u.a. Komorbiditäten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ursache von Problemen wird Komorbiditäten und nicht Konsum zugeschrieben 	

Tabelle 4: Beeinflussende Faktoren der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung, eigene Darstellung

Die Ergebnisse zeigen, dass gewisse Faktoren nicht eindeutig als förderlich oder hinderlich identifiziert werden können. So werden das soziale Umfeld, Komorbiditäten sowie andere Unterstützungsangebote teilweise als förderlich und teilweise als hinderlich im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung beschrieben. **Das soziale Umfeld** kann eine extrinsische Motivation für die Inanspruchnahme der Suchtberatung darstellen und es nimmt zudem eine begleitende, beratende und unterstützende Rolle bei der Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots ein. Gleichzeitig kann es negative Einstellungen gegenüber Unterstützungsangeboten vermitteln oder die Problemerkennung verhindern, wenn der Konsum im sozialen Umfeld als Norm gilt. Das Fehlen eines sozialen Umfeldes wird zudem als Hindernis für die Inanspruchnahme der Suchtberatung genannt. Entsprechend kommt dem sozialen Umfeld eine wichtige Rolle im gesamten Prozess der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung zu.

Komorbiditäten und daraus resultierende Probleme können gemäss den Ergebnissen dazu führen, dass der Konsum nicht als Problem erkannt wird, da Probleme, die aus dem Konsum resultieren, als Folge der Komorbiditäten (anstelle des Konsums) angesehen werden. Andererseits können Komorbiditäten den Leidensdruck erhöhen und so eine Inanspruchnahme der Suchtberatung fördern. Es kommt zudem vor, dass aufgrund der Komorbiditäten beispielsweise eine Psychotherapie besucht wird und das Thema Sucht damit als abgedeckt und «in Behandlung» angesehen wird, was wiederum ein hinderlicher Faktor bezüglich der Inanspruchnahme der Suchtberatung darstellt (gleichzeitig ist individuell anzuschauen, ob dies einen positiven oder negativen Einfluss auf die *Suchtbehandlung* hat). Insofern beeinflussen auch **andere** (professionelle oder alternative) **Unterstützungsangebote** die (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung.

Die Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots für eine Komorbidität oder ein soziales Problem kann auch dazu führen, dass eine **professionelle Drittperson** das Suchtproblem erkennt und die Person an ein suchtspezifisches Unterstützungsangebot triagiert (dazu zählen zum Beispiel Ärzte, jedoch auch soziale Dienste, Beratungsstellen etc.). Professionelle Drittpersonen stellen einen förderlichen Faktor der Inanspruchnahme der Suchtberatung dar. Eine Vernetzung der Suchtberatung mit verschiedenen Fachpersonen verschiedener Disziplinen und Unterstützungsangeboten ist daher empfehlenswert, um die Bekanntheit des Angebots und Wissen über deren Leistungsspektrum zu verbreiten und so über Dritte potenzielle Klientinnen und Klienten zu erreichen. Neben professionellen Dritten können diese Informationen auch über das soziale Umfeld an potenzielle Klientinnen und Klienten gelangen, weshalb auch Angehörige und Bekannte stets als sogenannte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen und mitgedacht werden sollen.

Neben den gemachten Erfahrungen in Unterstützungsangeboten spielen auch die **Nutzenerwartungen** eine Rolle im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung. Die Interviewteilnehmenden sehen den Nutzen einer Suchtberatung vor allem bei einem risikoreichen Konsum, bei der Einleitung einer Abstinenz bei «weniger harten» Drogen (wie Cannabis), für die Rückfallprävention oder einer poststationären Begleitung. Wenn die Sucht zu weit fortgeschritten ist, zu wenig Disziplin vorhanden, das Alter zu gering und das Suchtpotenzial der Substanz zu stark ist, wird der Suchtberatung keinen Nutzen zugeschrieben. Aufgrund der beschriebenen Nutzenerwartung an die Suchtberatung, stellt die Suchtberatung ein ergänzendes Angebot zu Entzugskliniken dar. Teilweise ist die Suchtberatung auch eine Alternative zu einem stationären Angebot, wenn ein stationärer Aufenthalt aus verschiedenen Gründen für die betroffene Person nicht in Frage kommt. Die Passung des Unterstützungsangebots mit dem Bedürfnis an Unterstützung, persönlichen Charakteristika und Vorlieben der Person sowie den Lebensumständen, sind dabei von Bedeutung. Nichtsdestotrotz bleibt unklar, inwieweit die Erwartungen an den Nutzen der Suchtberatung tatsächlich mit der Realität übereinstimmen. Eine genaue Beschreibung des Leistungsspektrums der Suchtberatung wie auch Erzählungen über positive Erfahrungen der Suchtberatung sind daher von Bedeutung, um eine positive und realistische Nutzenerwartung zu fördern.

Dies kann gleichzeitig **fehlendem Vertrauen und Unwissen** entgegenwirken, welches als hinderlichen Faktoren genannt wurde: einmal hielt die Angst vor der Inanspruchnahme ab, dass andere Personen davon erfahren würden. Einmal bestand die Angst um Konsequenzen von der KESB, wenn sich die Person in der Suchtberatung öffnet und von ihren Problemen erzählt. Bei der Informationsvermittlung über das Angebot (sei dies auf der Webseite, in Flyern, Angebotsvorstellungen oder an Vernetzungstreffen) sind entsprechend erstens die Anonymität zu betonen und Erklärungen anzufügen, was für Massnahmen für die Gewährung der Anonymität getroffen werden. Zweitens ist darüber aufzuklären, was die Suchtberatung unternimmt und was nicht, wenn eine Klientin oder ein Klient Kinder hat.

In einem frühen Stadium des Prozesses der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots stellen **Unwissen über Sucht und risikoreichen Konsum** einen hinderlichen Faktor bei der Problemerkennung dar. Damit sind die Zweifel gemeint, ob ein Konsum im risikoreichen oder risikoarmen (bei Alkohol) Bereich liegt oder ob eine Sucht vorliegt. Diese Zweifel könnten jedoch auch mit einer Bagatellisierung in Zusammenhang stehen, also dass der Schweregrad des Problems heruntergespielt wird. Auch eine Identifizierung mit dem Substanzkonsum als (Wochenend-) Konsumentin oder Konsumenten kann eine Problemerkennung verhindern, da es impliziert, dass der Konsum bewusst geschieht. Diese Faktoren verweisen auf die Wichtigkeit der Wissensvermittlung über Sucht,

risikoreichen Konsum und Folgen des Konsums. Die Wissensvermittlung kann potenzielle Klientinnen und Klienten sowie deren soziales Umfeld bei der Problemerkennung unterstützen. Weiter helfen Safer-Use-Regeln dabei, das gesundheitliche Risiko, welches aus einem Konsum resultiert, zu senken.

Es wurde gesagt, dass die Suchtberatung möglichst früh ansetzen soll und dass vor allem Personen mit einem risikoreichen Konsum einen Nutzen aus der Suchtberatung ziehen könnten. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass ein **hoher Leidensdruck** und eine **lebenseinschneidende Risikowahrnehmung** (Beziehungsabbrüche bis hin zu Tod) vorhanden sein müssen, bis potenzielle Klientinnen und Klienten ein professionelles Unterstützungsangebot aufsuchen. Zudem wurde genannt, dass zum Zeitpunkt, als eine Person schliesslich dazu bereit war, professionelle Unterstützung anzunehmen, sie hierfür aufgrund einer aus der Sucht resultierenden Handlungseinschränkung und Gleichgültigkeit auf externe Unterstützung angewiesen war, um genau dies zu tun. Dies zeigt, dass die **Folgen der Sucht** ein Hindernis bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung darstellen. Es unterstreicht einerseits die Bedeutung der Unterstützung des sozialen Umfeldes. Andererseits verweist es wiederum auf die Wichtigkeit und gleichzeitig Schwierigkeit, Personen mit einem risikoreichen Konsum zu erreichen. Es stellt sich demzufolge die Frage, wie potenzielle Klientinnen und Klienten früher erreicht werden können. In den Interviews kam heraus, dass der **Angebotsname** von der Inanspruchnahme abhält, einerseits aufgrund der Unsicherheit, ob tatsächlich eine Sucht vorliegt und die Personen somit zur Zielgruppe des Angebots gehören, andererseits da «Sucht» mit einem Stigma behaftet ist. Es macht daher Sinn, für die Erreichung von Personen mit einem risikoreichen Konsum ein ergänzendes Angebot zur klassischen Suchtberatung zu lancieren mit einem Namen, der Personen mit einem risikoreichen Konsum anspricht.

Weiter wurden die **gesellschaftliche Stigmatisierung** von Sucht, wie auch die **Selbststigmatisierung** mit der Überzeugung, «es allein schaffen zu müssen», mehrmals als Hindernis für die Inanspruchnahme der Suchtberatung oder einer professionellen Unterstützung genannt. Diese Ergebnisse weisen auf die Wichtigkeit der Entstigmatisierung von Sucht in der Gesellschaft und eine Entstigmatisierung der Inanspruchnahme von Unterstützung hin, damit mehr Personen früher Unterstützung erhalten. Ob dies noch zum Aufgabenbereich der Suchtberatung gehört, ist eine andere Frage.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Frage

- Welche *angebotsbezogenen* Faktoren fördern potenzielle Klientinnen und Klienten im Prozess der Inanspruchnahme des Suchtberatungsangebots?

diskutiert. Die Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse zur genannten Frage.

Angebotsbezogene förderliche Faktoren und Verbesserungsmöglichkeiten

Angebot:

- Name Sucht ist hinderlich → stattdessen Komorbiditäten und Symptome ansprechen
- Verschiedene Bedürfnisse → breites Angebot: Gruppen, verbindlich, unverbindlich
- Genaue Information über Angebot → Inhalt, Räumlichkeiten, was passiert, wenn jemand Kinder hat, wer arbeitet da, etc.
- Anonymität hervorheben
- Öffnungszeiten über Bürozeiten hinaus verlängern
- Rückrufnummer für Anmeldung
- Notfalltelefon 24/7
- Offenheit bezüglich verschiedenen (auch alternativen) Unterstützungsangeboten
- Suchtberatungstermine bei Klientinnen und Klienten zu Hause
- Beratungspersonen (Kompetenzen, keine Doppelfunktionen)

Präsenz und Bekanntheit fördern:

- Adressat:innengerechte Schuleinsätze mit Suchtbetroffenen
- Tag der offenen Tür
- Aufsuchende Soziale Arbeit
- Angebotsvorstellungen in Entzugskliniken
- Präsenz in sozialen Medien
- Plakate und Flyer an öffentlichen Plätzen
- Einsatz vorhandener Werbematerialien

Darüber hinaus:

- Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungsarbeit in Gesellschaft

Tabelle 5: Angebotsbezogene förderliche Faktoren und Verbesserungsmöglichkeiten, eigene Darstellung

Der Ruf, die Standorte und die Dienstleistung des Suchtberatungsangebots wurden gelobt, wie auch das Funktionieren der Administration und deren Erreichbarkeit. Diese Aspekte des Angebots werden geschätzt und es ist daher sicherzustellen, dass diese auf diesem Niveau aufrechterhalten bleiben. Gleichzeitig wurden Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Präsenz, Bekanntheit und Informationsvermittlung genannt.

In erster Linie müssen potenzielle Klientinnen und Klienten, deren soziales Umfeld und Fachpersonen verschiedener Disziplinen über die Existenz und den Inhalt des Angebots Bescheid wissen. Hier sind möglichst genaue **Angaben zum Angebot** gewünscht, um Ängste abzubauen: Was passiert in der Suchtberatung, wer arbeitet da, wie sehen die Räumlichkeiten aus, was passiert, wenn ich Kinder habe, usw.

Um die **Bekanntheit** des Angebots zu erhöhen, soll die Präsenz der Suchtberatung gesteigert werden: über die sozialen Medien, über Plakate und Flyer an öffentlichen Plätzen und in stationären Angeboten. Es wird gewünscht, dass die Suchtberatung einerseits ihre Türen öffnet und zu sich einlädt (Tag der offenen Türen) und dass sie andererseits vermehrt ausserhalb ihrer Fachstellen tätig wird. Sei dies mit Schuleinsätzen, aufsuchender Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit, um Termine bei potenziellen Klientinnen und Klienten anzubieten oder das Angebot in stationären Kliniken vorzustellen.

Um mehr Personen unter anderem früher zu erreichen, sind neben der Sucht auf Komorbiditäten einzugehen und Symptome der Sucht anzusprechen – Personen, die sich mit *Sucht* nicht angesprochen fühlen, können so eher erreicht werden. Dies ist wiederum für verschiedenste genannte Auftritte an verschiedenen Orten von Bedeutung. Das **Angebotsspektrum soll zudem verschiedene Bedürfnisse abdecken**: Verbindliche und unverbindliche Angebote sowie Gruppen- und Einzelgespräche. Längere Öffnungszeiten können zusätzlich potenzielle Klientinnen und Klienten abholen, für welche die Büroöffnungszeiten ein Hindernis darstellen. Eine Rückrufnummer oder ein Notfalltelefon sind weitere Dienstleistungen, welche gewünscht werden. Eine Rückrufnummer stellt ein zu installierendes technisches Tool dar, welches mit vorhandenen Ressourcen umzusetzen wäre. Der Wunsch nach einer durchgehenden Erreichbarkeit mit einem Notfalltelefon wird indes bereits von anderen Organisationen wie zum Beispiel der dargebotenen Hand geleistet. Einen aktiven Verweis auf dieses Angebot in der Beratung und auf der Webseite würde dem Wunsch womöglich bereits gerecht werden.

Die Beratungspersonen spielen eine grosse Rolle, wie das Angebot wahrgenommen wird oder was für eine Erfahrung eine Person in der Suchtberatung macht, sei dies bei einem Auftritt gegen Aussen oder im Beratungsgespräch an sich. Daher sind «sympathische Fotos» der Beratungspersonen auf der Webseite nicht unbedeutend wie auch die stete Unterstützung und Förderung der Kompetenzen der Suchtberatungspersonen. Nicht zuletzt verweist dies auf die Wichtigkeit von jeglichen Kontakten zwischen Beratungspersonen mit (potenziellen) Klientinnen und Klienten und deren sozialen Umfeldes sowie der Vernetzung mit professionellen Drittpersonen.

Bei all diesen vorgeschlagenen Massnahmen ist darauf zu achten, vorherrschende negative Bilder über Sucht nicht zu reproduzieren, sondern entstigmatisierend zu wirken. Auch Selbststigmatisierungen Betroffener sollen aufgegriffen werden, um diese zu reduzieren. Eine grössere Präsenz und Bekanntheit der Suchtberatung in der Gesellschaft können dazu beitragen, das Tabu Sucht und risikoreichen Substanzkonsum und Verhalten zu brechen. Die Perspektive Thurgau mit ihren verschiedenen Bereichen (neben Suchtberatung auch Mütter- und Väterberatung, Kinder-, Jugend- und Familienberatung

und Gesundheitsförderung und Prävention) stellt einen geeigneten Rahmen dar, um Sucht und risikoreiches (Konsum-) Verhalten fachbereichsübergreifend zu thematisieren.

7.2.2. Bezugnahme zur Theorie und zum Forschungsstand

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Untersuchung in Bezug zu bereits vorhandenem Wissen gesetzt. Die Ergebnisse werden zuerst in Verbindung mit dem Wissen des HAPA-Modells aus der Gesundheitspsychologie (siehe Kapitel 2.1.5) gebracht. Weiter wird analysiert, welche Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit bereits vorhandenes Wissen bestätigen, verwerfen oder ergänzen. Es wird hierfür auf das Wissen aus den Studien von Saunders eingegangen (siehe Kapitel 4), auf Wissen zu Klientinnen und Klienten der Suchtberatung (siehe Kapitel 3.3) und zuletzt auf vorliegende Erkenntnisse zur Niederschwelligkeit des Suchtberatungsangebots (siehe Kapitel 3.4).

Das HAPA-Modell besagt, dass Personen im Prozess einer Verhaltensänderung zuerst eine motivationale Phase der *Absichtsbildung* und anschliessend eine volitionale Phase der *Absichtsumsetzung* durchlaufen (Schwarzer et al., 2011). In der vorliegenden qualitativen Untersuchung wurde im Rahmen eines Interviews von einer Person die Aussage gemacht, dass die Suchtberatung aufgesucht wurde, um sich diese mal anzuschauen, ohne motiviert zu sein (I_3, Z47f). Diese Aussage wurde der Kategorie *Motivation für die Inanspruchnahme der Suchtberatung* zugeordnet. Es ist anzunehmen, dass sich die fehlende Motivation auf eine Verhaltensänderung bezieht. Durch eine andere Person wurde eine *vordergründige Problembehandlung der Sucht* als Grund genannt, die Suchtberatung aufzusuchen (I_2, Z294ff; I_4, Z20ff, I_4, Z228ff, I_4, Z409f). Diese beiden Beispiele zeigen, dass die Suchtberatung nicht zwingend bei abgeschlossener motivationaler Phase und als Teil der Zielverfolgung einer Verhaltensänderung aufgesucht wird. In den beschriebenen Fällen befinden sich die Personen mitten in der Absichtsbildung und in der Abwägung, ob eine Verhaltensänderung verfolgt werden soll oder nicht oder sie haben eine Verhaltensänderung zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Suchtberatung nicht in Betracht gezogen. In letzterem Fall wäre die motivationale Phase bei Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Suchtberatung (noch) nicht betreten worden. Entgegen diesen Beispielen betonte eine andere Person in einem Interview, dass bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung der Wille für eine Verhaltensänderung zwingend vorliegen müsse, um einen Nutzen aus der Beratung ziehen zu können (I_6, Z98f). Die Person selbst war noch nie in der Suchtberatung. Aus diesen drei Beispielen lässt sich ableiten, dass sich Personen bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung in verschiedenen Phasen der Verhaltensänderung befinden. Dies wiederum erklärt den Erfolg der motivierenden Gesprächsführung bei der Behandlung von Sucht (Schmidt et al., 2006; in Veltrup, 2020, S. 60), welche sich (auch) an Personen mit geringer oder ambivalenter Veränderungsabsicht richtet. Je nach

Verhaltensänderungsphase, in welcher sich eine Person befindet, sind unterschiedliche Interventionen sinnvoll und erfolgsversprechend (Finne et al., 2021). Übertragen auf das Suchtberatungsangebot bedeutet dies, dass die Informationen zum Suchtberatungsangebot und das Angebotsspektrum beziehungsweise Leistungsspektrum an sich sinnvollerweise auf Personen in verschiedenen Phasen der Verhaltensänderung zugeschnitten sind (beispielsweise neben einer Suchtberatung eine Beratung bei risikoreichem Konsum und ein Angebotsbeschreibung, welcher die Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung anspricht).

Saunders (1993; 2006) hat in seinen beiden Studien nach Einflussfaktoren bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei psychischen Erkrankungen (1993) und Alkoholabhängigkeit (2006) geforscht. Die vorliegende Arbeit geht desweilen konkret auf beeinflussende hinderliche und förderliche Faktoren im Prozess der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung der Perspektive Thurgau ein. Verschiedene von Saunders dargelegte Faktoren konnten durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden. Zusätzlich wurden in den Interviews einige weitere beeinflussende Faktoren identifiziert, welche das bereits vorhandene Wissen ergänzen.

Die qualitative Untersuchung unterstreicht mehrere von Saunders (1993; 2006) Studienergebnissen. So wurde in der vorliegenden Arbeit die Bedeutung von Selbst- und gesellschaftlicher Stigmatisierung als Hindernis bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung aufgezeigt. Auch die ambivalente Rolle des sozialen Umfeldes wurde bestätigt, welches als förderlich oder hinderlich bei der Inanspruchnahme der Suchtberatung wirken kann. Weiter wurde bestätigt, dass vor Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung oftmals auf alternative Bewältigungsstrategien oder schlichtweg auf andere, in diesem Fall nicht suchtspezifische professionelle Unterstützung zurückgegriffen wird. Dies zeigt wiederum die Verwobenheit des sozialen Umfeldes und anderen Unterstützungsangeboten (AA, NA, etc.) und somit die vielschichtige und komplexe Beziehung zwischen informeller und formeller Unterstützungsangebote, wie dies Saunders in seinen Studien besagt. Die vorliegende Untersuchung bestätigt weiter die Bedeutung der Nutzenerwartung im Prozess der Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung sowie die Bedeutung des Vorliegens von Motivation und Gründen für eine Verhaltensänderung. Weiter wurde die Bedeutung des Alters für die Inanspruchnahme einer Unterstützung in den Interviews genannt, wie dies auch Saunders et al. (1993) hervorhoben.

In Ergänzung dazu zeigt die vorliegende Untersuchung, dass Unwissenheit über Sucht und risikoreichen Konsum ein Hindernis bei der Problemerkennung darstellt. Weiter stellte sich für potenzielle Klientinnen und Klienten detaillierte Informationen über ein mögliches

Angebot (wer arbeitet da, Schweigepflicht, Räumlichkeiten, Massnahmen, wenn man Kinder hat, etc.) als förderlich im Prozess der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung heraus.

Saunders (2006) fand heraus, dass personenbezogene Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots eine grössere Rolle spielen als angebotsbezogene (S. 267). Wenn personenbezogene Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung eine grössere Rolle spielen, so bedeutet dies einerseits, dass das Angebot eine weniger grosse Rolle spielt als vorerst angenommen: Es impliziert, dass potenzielle Klientinnen und Klienten die Suchtberatung bei Bedarf aufsuchen werden, sofern die personenbezogenen hinderlichen Faktoren überwunden wurden; Das Angebot ist zweitrangig. Andererseits bedeutet dies nicht, dass personenbezogene Faktoren nicht durch beispielsweise ein attraktives Angebot, eine ansprechende Information oder Werbung auf den Sozialen Medien, eine Empfehlung des Arztes oder einer Freundin positiv beeinflusst werden können.

Die aus der vorliegenden Arbeit hervorgegangenen hinderlichen und förderlichen Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung wurden nicht explizit in personen- und angebotsbezogen unterteilt. Auf angebotsbezogene Faktoren wurde aufgrund der darauf ausgelegten Forschungsfrage einen besonderen Fokus gelegt, wodurch viele angebotsbezogene Ergebnisse generiert wurden. Eine Gewichtung, welche Faktoren (hinderlich, förderlich, angebotsbezogen) eine grössere Rolle im Prozess spielen, wurde nicht gemacht. Dass personenbezogene Faktoren im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung eine grössere Rolle spielen als angebotsbezogene, kann in der vorliegenden Arbeit insofern weder bestätigt noch widerlegt werden. Nichtsdestotrotz konnte der Einfluss des sozialen Umfeldes, von Komorbiditäten und professionellen Drittpersonen im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung bestätigt werden. Auch wenn gemäss Saunders personenbezogene Faktoren (anstelle angebotsbezogener) eine grössere Rolle im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung spielen, so ist es dennoch logisch, dass die Bekanntheit des Angebots eine Voraussetzung dafür ist, dass das Unterstützungsangebot in Anspruch genommen wird. Wenn ein Angebot zusätzlich von mehreren Seiten (Fachpersonen, Peers, Angehörigen) als «attraktiv», weil «hilfreich» oder «auf die Bedürfnisse abgestimmt» oder gar «interessant» eingeschätzt wird und deshalb (weiter-) empfohlen wird, hat dies einen förderlichen Effekt im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung. Dies bekräftigt die Wichtigkeit eines attraktiven Unterstützungsangebots, in diesem Fall die Suchtberatung der Perspektive Thurgau.

Die angesprochenen Empfehlungen vom sozialen Umfeld oder von Fachpersonen waren zwischen 2017 und 2022 in 45% der Kontaktaufnahmen mit der Suchtberatung der

Perspektive Thurgau ausschlaggebend (siehe Kapitel 3.3). Zudem erfuhren rund ein Drittel der Klientinnen und Klienten über eine Empfehlung von Drittpersonen vom Angebot (siehe Kapitel 3.3), was zeigt, dass die Bekanntheit des Angebots massgeblich von Empfehlungen Dritter abhängt. Diese Daten weisen auf die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes und die Vernetzung mit Fachpersonen anderer Unterstützungsangebote im Kanton (suchtspezifisch und nicht-suchtspezifisch) hin und unterstreichen weiter die Empfehlung des Praxisprojekt-Teams: Jegliche Fachpersonen, Organisationen und Peers können als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fungieren und sollen entsprechend als solche betrachtet und behandelt werden (Brem et al., 2019), da diese Empfehlungen für die Suchtberatung aussprechen können.

Auch die weiteren Empfehlungen des Praxisprojektes (*Erhebung zum Thema Niederschwelligkeit von Suchtberatungsstellen im Kanton Thurgau* von Brem et al., 2019) decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. Beide Untersuchungen betonen die Wichtigkeit der Präsenz der Suchtberatung, Informationsvermittlung und Vernetzung und empfehlen eine aufsuchende Arbeit. In der konkreten Ausführung, wie die Empfehlungen umgesetzt werden sollen, weichen die Ergebnisse voneinander ab:

Brem et al. (2019) empfehlen offene Sprechstunden, um strukturelle Barrieren zu senken und das Leistungsspektrum der Suchtberatung offenzulegen. Auch die vorliegenden Ergebnisse weisen auf die Wichtigkeit hin, mehr über das Leistungsspektrum und detaillierte Informationen zum Suchtberatungsangebot zur Verfügung zu stellen und die Türen der Fachstellen mehr zu öffnen; anstelle von offenen Sprechstunden jedoch in Form verlängerter Öffnungszeiten und Tag der offenen Türen. Brem et al. (2019) empfehlen weiter die Nutzung aktueller Medien für die Erreichbarkeit von Jugendlichen. Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auch auf die Nutzung von sozialen Medien, sind hier jedoch offener: Das Zielpublikum ist nicht auf Jugendliche beschränkt und soll allgemein zur Präsenz- und Bekanntheitssteigerung sowie Informationsvermittlung genutzt werden.

Ergänzend dazu betonen die vorliegenden Ergebnisse die Wichtigkeit einer Entstigmatisierung von Sucht und der Inanspruchnahme von Unterstützung, sie verweisen auf eine Angebotserweiterung, welche Personen ansprechen soll, die keine Sucht haben oder denen dies (noch) nicht bewusst ist und betonen die Rolle von Komorbiditäten im Prozess der Inanspruchnahme von Unterstützung. Die Bedeutung von Komorbiditäten wird von den Daten zu Klientinnen und Klienten der Suchtberatung der Perspektive Thurgau (siehe Kapitel 3.3) bekräftigt: Als zweiten oder dritten Grund für die Inanspruchnahme der Suchtberatung wurden mit 24% psychische Komorbiditäten klar am häufigsten genannt.

8. Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf den konkreten, praktischen Kontext der Suchtberatung der Perspektive Thurgau heruntergebrochen. Hierfür werden die Ergebnisse in sechs konkrete Handlungsempfehlungen übersetzt. Weiter werden die Grenzen der Reichweite der Ergebnisse aufgezeigt. Ein Fazit rundet die Arbeit ab, welches die Forschungsfrage nochmals aufgreift, beantwortet und die Ergebnisse auf einer Meta-Ebene einordnet.

8.1. Handlungsempfehlungen

Die in Kapitel 7 diskutierten Ergebnisse werden in diesem Kapitel in sechs Handlungsempfehlungen übersetzt und zusammengefasst. Die Handlungsempfehlungen werden jeweils mit Stichworten ergänzt, welche an die zuvor geführte Diskussion und die Aussagen aus den Interviews erinnern. Sie geben so einen Anstoss dazu, wie die Umsetzung der jeweiligen Handlungsempfehlung aussehen könnte. Die Handlungsempfehlungen zielen darauf ab, das Suchtberatungsangebot für potenzielle Klientinnen und Klienten noch attraktiver zu gestalten.

Die Handlungsempfehlungen beinhalten Optionen zur Erweiterung und Überarbeitung des Suchtberatungsangebots (einerseits des bestehenden klassischen Angebots, andererseits das Angebots ausserhalb der Fachstelle), Empfehlungen zum Verständnis des Auftrages (neben Beratung auch Informationsvermittlung und Sensibilisierungsarbeit in der Gesellschaft), zur Kommunikation des Angebots sowie Möglichkeiten, wie strukturelle Barrieren gesenkt werden könnten. Bei allen Handlungsempfehlungen ist die gesamte Bevölkerung des Kantons Thurgaus als Zielgruppe zu verstehen, mit einem speziellen Fokus auf:

- Personen mit einer Sucht
- Personen mit risikoreichen (Konsum-) Verhalten
- deren soziales Umfeld
- und Fachpersonen anderer Unterstützungsangebote.

Dies, da das soziale Umfeld und Fachpersonen anderer Unterstützungsangebote eine ausschlaggebende, förderliche Rolle im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung spielen können. Weiter ist durch jegliches Wirken der Suchtberatung darauf zu achten, ein selbstverantwortliches Handeln der Thurgauer Bevölkerung in Bezug auf Substanzkonsum, risikoreiches (Konsum-) Verhalten und Gesundheit zu fördern sowie einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Sucht und der Inanspruchnahme von Unterstützung zu leisten.

Die sechs Handlungsempfehlungen lauten:

1. Angebote für eine diverse Zielgruppe und verschiedene Bedürfnisse

Die Suchtberatung hat eine diverse Zielgruppe, welche sich bezüglich Verhaltensänderungsphase, Problemlagen und Bedürfnis an Unterstützung stark unterscheidet. Entsprechend lanciert die Suchtberatung unterschiedliche Angebote für verschiedene Bedürfnisse und Zielgruppen. Dabei wird ein besonderer Fokus auf Personen mit risikoreichen (Konsum-) Verhalten und Komorbiditäten gelegt, um potenzielle Klientinnen und Klienten möglichst früh zu erreichen.

Angebot ohne «Sucht» im Namen – Komorbiditäten ansprechen – Symptome ansprechen – verbindlich / unverbindlich – Einzel- und Gruppensetting – Offenheit gegenüber alternativen Angeboten – Vernetzung

2. Kommunikation detaillierter Informationen zum Leistungsspektrum

Unsicherheiten bezüglich des Inhalts der Suchtberatung, der Anonymität und beispielsweise Folgen, wenn eine Person Kinder hat, halten von der Inanspruchnahme der Suchtberatung ab. Die Suchtberatung informiert deshalb detailliert über ihr Angebot und Leistungsspektrum und fördert so zudem eine positive und realistische Nutzenerwartung. Weiter lädt sie an Tag der offenen Türen auf die Fachstellen ein.

Internetseite – Soziale Medien – Flyer – Vorstellung in Entzugskliniken – Vernetzung

3. Förderung der Bekanntheit und Präsenz

Die Bekanntheit der Suchtberatung ist Voraussetzung dafür, dass das Angebot in Anspruch genommen wird. Entsprechend sorgt die Suchtberatung für Präsenz und Bekanntheit des Angebots im Kanton. Die Suchtberatung ist in den Sozialen Medien, an öffentlichen Veranstaltungen und Plätzen präsent.

Werbung – Soziale Medien – nicht-suchtspezifische Veranstaltungen – Vorstellung in Entzugskliniken – Vernetzung – soziales Umfeld als Multiplikator:innen – Flyer

4. Senkung struktureller Barrieren

Die Suchtberatung verlängert ihre Öffnungszeiten über die Bürozeiten hinaus und installiert auf der Webseite eine Rückruffunktion, um strukturelle Barrieren zu senken.

Vernetzung – Schritt auf potenzielle Klientinnen und Klienten zumachen

5. Sensibilisierung und Informationsvermittlung

Unwissen bezüglich risikoreichen Konsums, Sucht und Komorbiditäten halten von einer Problemerkennung und somit der Inanspruchnahme der Suchtberatung ab. Die Suchtberatung informiert über verschiedene Kanäle über die Themen.

Präsenz an Veranstaltungen – Informationsvermittlung an Vernetzungspartner:innen und Bevölkerung – Eigenverantwortung fördern – Konsumkompetenz fördern – Safer-Use-Regeln – Schadensminderung – Prävention – Soziale Medien

6. Dienstleistungen ausserhalb der Fachstellen

Die Suchtberatung bietet Dienstleistungen ausserhalb der Fachstellen an; konkret eine aufsuchende Suchtarbeit und adressat:innengerechte Schuleinsätze.

Aufsuchende Arbeit – Präsenz – Informationsvermittlung an Bevölkerung – Prävention

8.2. Limitationen

In diesem Kapitel werden die Grenzen der vorliegenden Ergebnisse erläutert. Das Kapitel ist in drei Abschnitte gegliedert: Es wird erstens das Sampling reflektiert, zweitens die Reichweite der Ergebnisse aufgezeigt und drittens eine kritische Anmerkung zu den Handlungsempfehlungen gemacht.

Alle interviewten Personen sagen von sich, eine Sucht zu haben und haben bisher zumindest einmal ein suchtspezifisches Unterstützungsangebot in Anspruch genommen. Es konnte keine zu interviewende Person gefunden werden, welche noch nie ein suchtspezifisches Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hat. Dies könnte mit (Selbst-) Stigmatisierungsprozessen sowie mit einer damit zusammenhängenden Schwierigkeit der Erreichbarkeit von Personen mit einer Sucht in Zusammenhang stehen (es ist anzumerken, dass die meisten interviewten Personen über suchtspezifische Unterstützungsangebote akquiriert werden konnten). In den Ergebnissen fehlt daher die Sichtweise von suchtbetroffenen Personen, welche noch nie Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse könnten gegenüber Unterstützungsangeboten insofern etwas positiver ausgefallen sein. Der Vorteil davon ist, dass alle Interviewteilnehmenden sich bereits mit der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten auseinandergesetzt hatten und daher aus Erfahrung sprechen konnten. Weiter wurden keine Personen mit einem risikoreichen Konsum oder einer Verhaltenssucht interviewt, weshalb auch diese Sichtweise fehlt. Ob es zwischen diesen Personengruppen und den interviewten Personen Unterschiede bei beeinflussenden Faktoren bezüglich der

Inanspruchnahme eines Unterstützungsangebots gegeben hätte, ist nicht beurteilbar und müsste in einer weiterführenden Arbeit untersucht werden.

Die Aussagen aus den durchgeführten Interviews repräsentieren das Erleben und die Meinungen von sieben im Kanton Thurgau wohnhaften Personen. Die Ergebnisse stellen aus diesem Grund keinen Anspruch an Repräsentativität. Den Ergebnissen der vorliegenden qualitativen Untersuchung, welche den bisherigen Forschungsstand (zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung wie auch zur Niederschwelligkeit des Suchtberatungsangebots der Perspektive Thurgau) bestätigen, wird hingegen eine grosse Validität beigemessen. Mit lediglich sieben interviewten Personen konnte der aktuelle Forschungsstand zum genannten Thema bestätigt werden und ergänzend dazu weitere Erkenntnisse generiert werden. Bestätigt wurden die Ergebnisse in dem Sinne, dass mindestens eine der interviewten Personen eine gleiche Erfahrung machte. Es ist an dieser Stelle jedoch anzumerken, dass die Erkenntnisse von Saunders Studien und Schwarzs' HAPA-Modell Grundlage der Datenanalyse bildeten. Das Datenmaterial aus den Interviews wurde insofern mit diesem Fokus und Grundlagewissen analysiert, was eine Bestätigung des Wissens wahrscheinlicher macht. Gleichzeitig wurde die Offenheit für weitere, überraschende Ergebnisse durch die Kategorie «Weitere Faktoren» beibehalten.

Die Handlungsempfehlungen wurden aus den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung sowie des aktuellen Forschungsstandes zum Thema abgeleitet. Wie in Kapitel 5 zur Forschungsfrage erläutert, hat die vorliegende Arbeit nicht den Anspruch, eine Angebotsanalyse durchzuführen. Das bestehende Angebot der Suchtberatung der Perspektive Thurgau wurde nicht ausführlicher untersucht als in Kapitel 3 mit der Vorstellung der Perspektive Thurgau erläutert. Aus diesem Grund ist es möglich, dass die Suchtberatung der Perspektive Thurgau die hier dargestellten Empfehlungen bereits umsetzt. In diesem Falle sind die Handlungsempfehlungen als Anregung zu verstehen, Bestehendes auszubauen, neu zu fokussieren oder schlichtweg so weiterzuführen.

8.3. Fazit und Ausblick

Wie wird jemand zur Klientin oder zum Klienten der Suchtberatung der Perspektive Thurgau? Die vorliegende Master-Thesis zeigt, dass die Inanspruchnahme der Suchtberatung ein Prozess ist, in dessen verschiedenen Phasen förderliche und hinderliche Faktoren potenzielle Klientinnen und Klienten beeinflussen können. Die erste Phase stellt die Problemerkennung dar, welche nicht zuletzt von in der Gesellschaft vorherrschenden Definitionen von Sucht und Vorstellungen über konforme Verhaltensweisen geprägt ist, wie dies Schmidt-Semisch & Dollinger (2018) zeigten. Hier prägen politische Entscheide über legale und illegale Verhaltensweisen genauso wie Verhaltens- oder Konsumnormen des

jeweiligen sozialen Umfeldes, in welchem sich eine Person bewegt. Die bedeutende Rolle des sozialen Umfeldes kommt bereits an dieser Stelle zum Ausdruck.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass im gesamten Prozess der (Nicht-) Inanspruchnahme der Suchtberatung das soziale Umfeld sowie Komorbiditäten und andere Unterstützungsangebote, welche in Anspruch genommen werden, förderlich wie auch hinderlich wirken können. Als förderliche Faktoren wurden involvierte professionelle Drittpersonen identifiziert, eine positive Nutzenerwartung hinsichtlich des Angebots, ein aus dem Konsum resultierender hoher Leidensdruck und eine lebensentscheidende Risikowahrnehmung aufgrund des Verhaltens sowie wenn Gründe und eine Motivation für eine Verhaltensänderung vorliegen. Als hinderlich im Prozess zur Inanspruchnahme der Suchtberatung wurden indes folgende Faktoren festgestellt: Unwissen und Unsicherheit bezüglich des Angebots, Sucht, risikoreichen Konsums und Komorbiditäten sowie aus der Sucht resultierende Folgen wie Gleichgültigkeit.

Weiter wurden die Stigmatisierung von Sucht und selbststigmatisierende Prozesse als bedeutende Hindernisse im Prozess der Inanspruchnahme der Suchtberatung ausgemacht. Es stellt sich die Frage, wie eine Entstigmatisierung von Sucht und der Inanspruchnahme von Unterstützung am besten angegangen wird. Es ist anzunehmen, dass diese in der Gesellschaft verankerte Stigmatisierung einerseits viel Zeit benötigt, überwunden zu werden und dass hierfür andererseits die Synergien verschiedener Disziplinen benötigt werden. Es wird in dieser Arbeit empfohlen, bei den zuvor genannten Handlungsempfehlungen auf eine entstigmatisierende Wirkung von Sucht zu achten. Wie dies genau gelingen kann, gilt es weiter zu erforschen.

Aus den genannten hinderlichen und förderlichen Faktoren sowie weiteren Faktoren, welche sich konkret auf das Angebot beziehen, wurden schliesslich die zuvor genannten Handlungsempfehlungen abgeleitet. Durch die Umsetzung der Handlungsempfehlungen soll die Suchtberatung attraktiver, bekannter und präsenter werden im Kanton, wodurch der Zugang zu diesem Unterstützungsangebot für potenzielle Klientinnen und Klienten verbessert wird. Zugleich wird durch die in dieser Arbeit vermittelte Sichtweise der Adressatinnen und Adressaten der Suchtberatung der Perspektive Thurgau eine Wissenslücke geschlossen.

Neben der Angebotsentwicklung der Suchtberatung sei weiter auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen zu verweisen, um dem bio-psycho-sozialen Phänomen *Sucht* bestmöglich zu begegnen, die Behandlung von Komorbiditäten miteinzubeziehen sowie den Zugang zu Unterstützungsleistungen zu verbessern. Es soll nicht der falsche Eindruck entstehen, dass die Suchtberatung als *die* Lösung bei risikoreichen (Konsum-) Verhalten und Sucht angesehen wird. Es ist stets mit den

Klientinnen und Klienten nach den individuell passendsten Unterstützungsangeboten zu suchen – stelle dies die Suchtberatung, eine Psychotherapie, ein stationärer Entzug, eine Selbsthilfegruppe wie die AA oder eine Kombination davon dar. Die verschiedenen Unterstützungsangebote wie auch Disziplinen haben das gemeinsame Ziel, die Lebensqualität von suchtbetroffenen Personen zu verbessern und gleichzeitig aus der Sucht resultierende negative Folgen zu verhindern. Es ist insofern vernünftig, dass sie im Sinne der (potenziellen) Klientinnen und Klienten eng zusammenarbeiten.

Eine interviewte Person hielt fest, dass ein Unterstützungsangebot noch so attraktiv sein kann – schlussendlich müssen Personen das Angebot eigenverantwortlich in Anspruch nehmen. Die Soziale Arbeit, welche die Förderung eines selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Lebens zum Ziel hat, ist entsprechend gefragt, im Suchtbereich weiterhin als Akteurin präsent und aktiv zu sein und in Zusammenarbeit mit den anderen im Suchtbereich tätigen Disziplinen und Fachpersonen zu agieren.

9. Literaturverzeichnis

- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*.
- Barsch, G. (2022). Perspektive der Sozialen Arbeit auf Abhängigkeit. *SuchtMagazin*, 3(48), 14–18.
- Berthel, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 11–15). Springer VS.
- Brem, M., Calderone, C., D’Ancicco, G., Frind, A.-L., & Häberlin, T. (2019). *Erhebung zum Thema Niederschwelligkeit von Suchtberatungsstellen im Kanton Thurgau* [Nicht veröffentlichter Projektbericht]. OST - Ostschweizer Fachhochschule.
- Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]. (2023, Januar). *ICD-11 in Deutsch—Entwurfassung*.
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Zum Begriff Sucht*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/begriff-sucht.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023a). *Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EKS)*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-sucht-praevention-ncd-eksn.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023b). *Zahlen und Fakten Sucht*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht.html>

- Bundesgericht. (2019). *Medienmitteilung des Bundesgerichts. Leistungen der Invalidenversicherung bei Suchterkrankung: Änderung der Rechtsprechung*. Bundesgericht.
https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/archive/9C_724_2018_2019_08_05_T_d_07_48_04.pdf
- Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951, SR 812.121
- Dey, M., & Haug, S. (2019). *Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz im Jahr 2017*. Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
<https://www.esbk.admin.ch/dam/data/esbk/publiservice/berichte/schlussber-isgfd.pdf>
- Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau. (o. J.). *Bevölkerungsstand*. Abgerufen 30. April 2023, von <https://statistik.tg.ch/themen-und-daten/bevoelkerung-und-haushalte/bevoelkerungsstand-und-struktur/bevoelkerungsstand.html/6332>
- Duden. (2023). *Duden*. Sucht, die. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sucht>
- Egger, J. W. (2015). Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell: Von der klassischen Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin. In J. W. Egger, *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin* (S. 53–83). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen. (2018). *Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum—2018*. <https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-09/Brief%20-%20d-2015-orientierungshilfe-langversion.pdf>
- Finne, E., Gohres, H., & Seibt, A. C. (2021). *Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I012-2.0>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS, Verl. für Sozialwiss.

- Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hug, S. (2022). Zwischen Bereichs- und Professionsethik: Normative Zielhorizonte Sozialer Arbeit im Suchtbereich. *SuchtMagazin*, 3(48), 19–23.
- Hümbelin, O., Läser, J., & Kessler, D. (2020). «Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum». Berner Fachhochschule. <https://www.aramis-admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=44721&Sprache=de-CH>
- Infodrog (Hrsg.). (2023). Stigmatisierung und Diskriminierung. *SuchtMagazin*, 1/2023(49).
- Infodrog. (2022). *Abhängigkeit*. Präventionslexikon. <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/abhaengigkeit.html>
- Klein, R., & Schmidt, G. (2022). *Alkoholabhängigkeit* (Zweite Auflage). Carl-Auer Verlag.
- Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (Hrsg.). (2021). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis*. Springer VS.
- Kuendig, H. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcoolo-dépendantes dans la population helvétique*. Addiction Info Suisse. <https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/01/estimation-du-nombre-de-personnes-alcoolo-dependantes-dans-la-population-helvetique.pdf>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., aktualisierte und überarb. Aufl). Beltz.
- MonAM. (2020). *Kinder aus Familien mit risikoreichem Substanzkonsum (Alter: 0–14)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/kinder-aus-familien-mit-risikoreichem-substanzkonsum-alter-0-14>
- MonAM. (2021a). *Cannabiskonsum (Alter: 15–64)*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/cannabiskonsum-alter-15-64>

- MonAM. (2021b). *Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis; Alter: 15–64)*.
<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/konsum-illegaler-substanzen-ohne-cannabis-alter-15-64>
- MonAM. (2021c). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*.
<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/volkswirtschaftliche-kosten-von-sucht>
- MonAM. (2022). *Risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+)*.
<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/risikoreicher-alkoholkonsum-alter-15>
- Perspektive Thurgau. (o. J.-a). *Bereichsflyer: Suchtberatung. Informationen zu unseren Angeboten*. Abgerufen 28. April 2023, von <https://perspektive-tg.ch/download/2399/?tmstv=1682673825&gr=3>
- Perspektive Thurgau. (o. J.-b). *Geschäftsbericht und Kennzahlen*. Perspektive Thurgau. Abgerufen 12. Mai 2023, von <https://perspektive-tg.ch/angebot/geschaeftsbericht/?gr=3>
- Perspektive Thurgau. (o. J.-c). *Standorte & Team*. Perspektive Thurgau. Abgerufen 28. April 2023, von <https://perspektive-tg.ch/standorte-und-team/?gr=1>
- Perspektive Thurgau. (2021a). *Betriebskonzept Perspektive Thurgau*. <https://perspektive-tg.ch/download/2388/?tmstv=1682672223&gr=3>
- Perspektive Thurgau. (2021b). *Fachbereichskonzept Suchtberatung. Perspektive Thurgau*. <https://perspektive-tg.ch/download/3077/?tmstv=1669368609&gr=3>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). Oldenbourg Verlag.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2019). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 105–123). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_7
- Quensel, S. (2010). *Das Elend der Suchtprävention: Analyse - Kritik - Alternative* (2. Aufl). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Saunders, S. M. (1993). Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 554–564.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.4.554>
- Saunders, S. M., Zygowicz, K. M., & D'Angelo, B. R. (2006). Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.003>
- Schaub, M. (2013). *Auswirkungen der Schweizer Drogenpolitik aus Sicht der Suchtforschung*. *SuchtMagazin*(6), 37–39.
- Schmidt-Semisch, H., & Dollinger, B. (2018). Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Drogen und Sucht. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 33–40). Springer Berlin Heidelberg.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3>
- Schwarzer, R. (2016). Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Schwarzer, R., Lippke, S., & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161–170.
<https://doi.org/10.1037/a0024509>
- Sommerfeld, P. (2019). *Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe*. 3(45), 4–12.
- Sommerfeld, P. (2021). Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen Suchthilfe? Gedanken zur Reflexion. In M. Krebs, R. Mäder, & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 279–302). Springer VS.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-11617-0>

Ullrich, J. (2018). Die Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Hrsg.), *Handbuch Psychoaktive Substanzen* (S. 455–462). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55125-3_4

Veltrup, C. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Psychologie. In *Sucht: Bio-psycho-sozial: Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen-Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

10. Anhangsverzeichnis

<i>Anhang A</i> : Transkriptionsregeln	93
<i>Anhang B</i> : Interviewleitfaden	94
<i>Anhang C</i> : Kategoriensystem	95

11. Anhang

Anhang A: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Schallberger

Unveröffentlichtes Skript im Master in Sozialer Arbeit, 2020

Grundregel: Der schweizerdeutschen Aussagen werden 1:1 ins Hochdeutsche übertragen.

- Die Satzkonstruktionen werden dabei konsequent beibehalten (Bsp.: «ich bin gegangen arbeiten» (ich bi go schaffä)).
- Satzabbrüche werden durch Kommas angezeigt (Bsp.: «Ich, äh, was haben Sie jetzt, also ich meine, ...»).
- Wortabbrüche werden durch Bindestriche angezeigt (Bsp.: «die Turo-, äh, die Turbulenzen, ...»).
- Versprecher werden nicht korrigiert.
- «wo» wird sinngemäss ins Hochdeutsche übertragen. Dies gilt auch für Betonungen, für die es im Schweizerdeutschen keine gesonderte grammatikalische Form gibt. (Bsp.: «Das Kind, wo ich gesehen habe» → «Das Kind, das ich gesehen habe»; «Das, wo ich meine» → «Das, was ich meine»).
- Nicht ins Hochdeutsche übertragbare Begriffe (Bsp.: «gäng», «äuä», etc.) werden im Schweizerdeutschen belassen.
- Eine sinngemässe Übersetzung von Helvetismen wird in eckige Klammern gesetzt. (Bsp.: «Ich hab mich gäng [immer] bemüht, ...»).
- «gleich» in der Bedeutung von «trotzdem» oder «gleichwohl» wird als «gleich(wohl)» transkribiert.
- Nicht intervenierende Aufmerksamkeits- und Bestätigungsfloskeln wie «ja» oder «mhm» werden nicht auf eine neue Zeile geschrieben, sondern zwischen //Doppelslashes// gesetzt.
- Wird gleichzeitig gesprochen, wird das intervenierende Statements zwischen zwei //Doppelslashes// gesetzt.

Notationszeichen:

.. = kurze Pause

... = mittellange Pause

.... = lange Pause

(???) = ungefähr drei Wörter waren unverständlich

(das Wetter war gut?) die schwer verständlichen Wörter können «das Wetter war gut» gewesen sein.

Es werden Klammerbemerkungen zum Geschehen während des Interviews angebracht, falls das Geschehen auffällig ist oder aufschlussreich sein könnte (z.B.: (lacht), (Gelächter), (atmet tief ein), (sehr leise), etc.).

Einleitung

- Vorstellung der Interviewerin (ehemalige Mitarbeiterin der Perspektive Thurgau in der Suchtberatung, heute als Studentin / Forscherin hier)
- Hintergrund: Master-Thesis, Perspektive Thurgau als Auftraggeberin
- Thema: Verstehen, was Personen davon abhält, die Suchtberatung der Perspektive Thurgau in Anspruch zu nehmen, bzw. was Personen dazu bewegt. Ziel: Suchtberatung wenn möglich besser den Bedürfnissen von potenziellen Klientinnen und Klienten anzupassen
- Es werden Personen interviewt, bei denen Sucht ein Thema im Leben ist/war und die im Kanton Thurgau wohnen

- Einverständniserklärung (Aufklärung über Verwendung, Tonaufnahme Anonymisierung, anonymisierte Auswertung)
- Zeitlicher Rahmen (30 Min – 60 Min)
- Einleitung des Interviews: Beginne mit offenen Fragen, interessiere mich dafür, was ihnen dazu in den Sinn kommt
- Möglichkeit, Beantwortung der Fragen zu verweigern, Interview abubrechen
- Offene Fragen klären

Tonaufnahme starten.

Ausformulierte Fragen
1. Was haben Sie bisher in Ihrem Leben für Unterstützungsangebote (z.B. eine Beratung / Psychotherapie oder ähnliches) in Anspruch genommen?
2. Aus welchen Gründen? Und aus welchen Gründen haben Sie ein Unterstützungsangebot nicht in Anspruch genommen? (Nutzen)
3. Was hält / hielt Sie davon ab, die Suchtberatung aufzusuchen?
4. Was musste / müsste (damals) passieren, dass Sie die Suchtberatung aufsuch(t)en?
5. Was denken Sie über die Suchtberatung der Perspektive Thurgau?
6. Was denken Sie über Personen, welche Unterstützungsangebote wie die Suchtberatung in Anspruch nehmen?
7. Was haben Sie schon über die Perspektive Thurgau oder deren Suchtberatung gehört?
8. Das Ziel der Master-Thesis ist es, dass das Suchtberatungsangebot der Perspektive Thurgau noch besser den Bedürfnissen von potenziellen Klientinnen und Klienten angepasst wird. Kommt Ihnen hierzu noch etwas in den Sinn?
9. Möchten Sie sonst noch etwas sagen?

Danksagung

Förderliche Faktoren		Hauptkategorien		Definition Kategorie	
Hauptkategorien	Kategorien	Quelle	Definition	Kategorie	
Problemerkennung (PE)					
<i>Saunders, 2006</i>	Probleme (psychisch, physisch, soziale Herausforderungen)	<i>induktiv</i>	Aussagen zu verschiedenen körperlichen, psychischen und sozialen Herausforderungen und Schicksalsschläge im Leben (diese können, müssen jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit dem Konsum stehen)		
	Selbstständige PE	<i>induktiv</i>	Aussagen welche zeigen, dass der Konsum als Problem gesehen wird		
	PE durch prof. Dritte	<i>induktiv</i>	Das Suchtproblem wird durch professionelle Drittpersonen wie z.B. Ärzte festgestellt		
Entscheidung, dass Veränderung notwendig ist					
<i>Saunders, 2006</i>	Risikowahrnehmung	<i>Schwarz, 2011</i>	Aussagen zu gesundheitlichen oder sozialen negativen Folgen, die aus dem Konsum resultieren, welche für eine Veränderungsabsicht ausschlaggebend sind		
Entscheidung, dass professionelle Unterstützung notwendig ist					
<i>Saunders, 2006</i>	Leidensdruck	<i>Saunders, 2006</i>	Aus dem Konsum resultiert ein Leidensdruck aus welchem die Entscheidung rührt, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen		
Inanspruchnahme professioneller Unterstützung					
<i>Saunders, 2006</i>	Motivation	<i>Saunders, 2006</i>	Motive für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung		
	Empfehlung soziales Umfeld	<i>Saunders, 1993; 2006</i>	Der Anstoss oder eine Empfehlung für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung kommt vom sozialen Umfeld		
	Empfehlung prof. Dritte	<i>Kapitel 3.3, Zahlen zu Empfehlung</i>	Der Anstoss oder eine Empfehlung für die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung kommt von einer professionellen Drittperson (Arzt, Psychologe, etc.)		
	positives Erleben prof. Unterstützung (Einfluss Nutzenerwartung)	<i>Nutzenerwartung in Saunders, 2006</i>	Professionellen Unterstützung wird als positiv oder hilfreich erlebt		
	weitere Faktoren	<i>induktiv</i>	Weitere förderliche Faktoren hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung		

Inanspruchnahme der Suchtberatung		
<i>eigene</i>	Motivation	<i>Saunders, 2006</i>
<i>Konkretisierung</i>	positive Nutzenerwartung	<i>Saunders, 2006</i>
<i>gemäß</i>		
<i>Fragestellung</i>	positives Erleben der SB (Einfluss Nutzenerwartung)	<i>Nutzenerwartung in Saunders, 2006</i>
	Empfehlung soziales Umfeld	<i>Saunders, 1993; 2006</i>
	Empfehlung prof. Dritte	<i>Kapitel 3.3, Zahlen zu Empfehlung</i>
	angebotsbezogene förderliche Faktoren	<i>Saunders, 2006</i>
	weitere Faktoren	<i>induktiv</i>

Hinderliche Faktoren		
Hauptkategorien	Kategorien	Quelle
Keine Problemerkennung		
<i>Saunders, 2006</i>	Einfluss soziales Umfeld	<i>Saunders, 1993</i>
	Bagatellisierung	<i>Saunders, 2006</i>
	weitere Faktoren	<i>induktiv</i>
Alternative Bewältigungsstrategie		
<i>Saunders, 1993; 2006</i>	Alternative Unterstützungsangebote	<i>Saunders, 2006</i>
	Selbstständige Problembewältigung	<i>Saunders, 1993</i>

Nicht-Inanspruchnahme professioneller Unterstützung	
<i>Saunders, 2006</i>	Selbst-Stigmatisierung <i>Saunders, 2006</i>
Gesellschaftliche Stigmatisierung	Präferenz, das Problem allein zu lösen aufgrund Scham, Stolz, etc. (<i>Saunders, 2006</i>)
(fehlendes) Soziales Umfeld	Angst, Scham und Sorge von anderen als minderwertig angesehen zu werden (<i>Saunders, 2006, S. 268</i>), vorherrschende Bilder in der Gesellschaft über Sucht, Stigmatisierungsprozesse
negatives Erleben prof. Unterstützung (Einfluss Nutzenerwartung)	Das soziale Umfeld als hinderlicher Faktor zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (bspw. in Form negativer Einstellungen) oder der hinderliche Faktor stellt das Fehlen eines sozialen Umfeldes dar
weitere Faktoren	Professionelle Unterstützung wird als negativ oder nicht hilfreich erlebt <i>Saunders, 2006</i>
	<i>induktiv</i>
	Weitere hinderliche Faktoren hinsichtlich einer Inanspruchnahme professioneller Unterstützung
Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung	
<i>eigene Konkretisierung gemäss Fragestellung</i>	<i>im Sinne von "alternative Bewältigungsstrategien" nach Saunders, 2006</i>
andere professionelle Unterstützung	Was für professionelle Unterstützungsangebote (nicht Suchtberatung) werden aufgrund eines Bezuges zur Sucht in Anspruch genommen?
negative Nutzenerwartung	Bei welchen Problemstellungen und Situationen wird die Suchtberatung als nicht hilfreich eingeschätzt
negatives Erleben der SB (Einfluss Nutzenerwartung)	Die Suchtberatung wird als negativ oder nicht hilfreich erlebt
angebotsbezogene hinderliche Faktoren	Hinderliche Faktoren hinsichtlich einer Inanspruchnahme der Suchtberatung, welche das Angebot an sich betreffen (Bsp. Öffnungszeiten, Namen, Zielgruppe, etc.)
Angebotsbezogene Verbesserungsmöglichkeiten	Aussagen über Verbesserungsvorschläge zum Suchtberatungsangebot
weitere Faktoren	<i>induktiv</i>
	Weitere hinderliche Faktoren hinsichtlich einer Inanspruchnahme der Suchtberatung